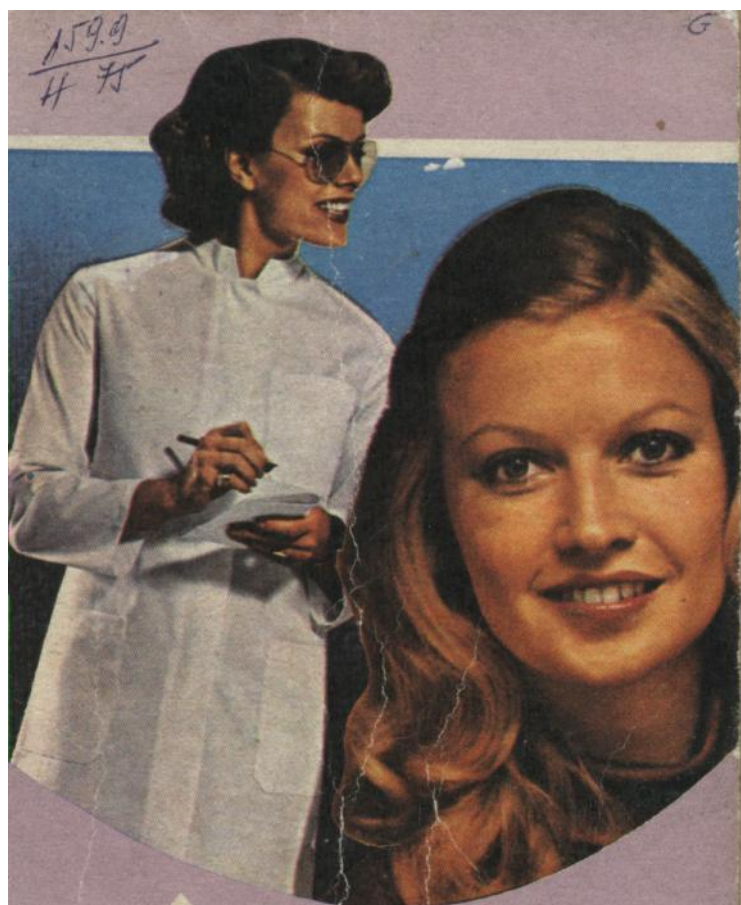




Irina Holdevici
Ilie P. Vasilescu

Psihoterapia

Tratament fără medicamente

216

CUVÂNT ÎNAINTE

Lucrarea prezentă are drept scop popularizarea unor cunoștințe din domeniul psihoterapiei.

Definită ca tratament psihologic, psihoterapia și-a dovedit de-a lungul timpului eficiența în tratamentul unor afecțiuni nevrotice și psiho-somatice datorate stresului, unde se pot obține adesea rezultate foarte bune, fără tratament medicamentos.

Chiar și în cazul unor boli psihice severe, cum sunt psihozele, psihoterapia poate, alături de chimioterapie, să contribuie la o mai bună și mai durabilă remisiune a acestei categorii de bolnavi. Astăzi, se manifestă tot mai mult tendința ca unele tehnici psihoterapeutice să fie utilizate și pentru autoperfecționarea oamenilor fără afecțiuni care doresc să obțină performanțe ridicate în diverse domenii de activitate și să se bucure de o stare de sănătate cât mai bună.

În țările occidentale cu tradiție în domeniul psihoterapiei, aceasta este practică de către medicii și psihologii care s-au specializat în tehnica psihoterapeutică. Cititorul se va întreba în mod firesc cui se poate adresa dacă dorește să beneficieze de un tratament de acest tip. În țara noastră există specialiști în diverse sisteme psihoterapeutice printre medicii și psihologii din cadrul marilor spitale de psihiatrie și de alte profile medicale.

Încât dificultățile existențiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate. În acest scop, psihoterapeutul încearcă să realizeze o evaluare a personalității pacientului, căutând să pună în evidență problemele principale și particularitățile psihice ale acestuia. Demersul psihoterapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientul de anxietate, depresie sau alte trăiri afective care împiedică adaptarea optimă a acestuia la mediu, trăiri care îi perturbă comportamentul și au efecte negative asupra celor din jur, lezând cele mai importante acțiuni ale vieții individului: activitatea profesională, relațiile interpersonale, viața sexuală, imaginea de sine, autoaprecierea etc. Psihoterapia este definită ca o acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct și exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului. Ea utilizează metode și acțiuni specifice și nu se poate confunda cu simpla acțiune caldă și simpatcă pe care o exercită la nivel empiric o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat (Watson, 1963). Psihoterapia poate fi privită și ca o relație interpersonală dintre pacient și psihoterapeut, relație menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări și a elibera pe pacient de suferință. Suferința psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, stări, comportamente sau simptome care creează tulburări pacientului și de care acesta dorește să se elibereze. Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalității pacientului, modificări care îl vor ajuta să realizeze

8

o adaptare mai eficientă, mai puțin dezagreabilă și mai stabilă la mediu. Deși psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultățile, tulburările și dezadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, restructurarea de profunzime a personalității, precum și o mai eficientă reglare și autoreglare a stărilor psihice ale acestuia, să fie preventivă și autoformativă, să urmărească evoluția omului, actualizarea disponibilităților sale latente și a potențialului său maximal, atât pe plan fizic cât și spiritual.

Psihoterapia se aplică la o gamă largă de tulburări psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, nevrozele, afecțiunile psihosomatice, bolile organice cronice și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faze de remisiune, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Există și un număr de persoane normale (cu succes profesional, familie bine organizată și afectuoasă, și-au îndeplinit multe din obiectivele existenței lor) care vin la psihoterapeut pentru că au impresia că nu au trăit la nivelul expectațiilor lor și nu și-au realizat potențialul psihic la nivel maximal. Aceștia, poate, și pentru că problemele lor nu sunt atât de grave, pot obține un mare câștig de pe urma psihoterapiei care îi ajută să -și regleze mai bine procesele și funcțiile psihice, să -și dezvolte creativitatea și să evolueze pe plan spiritual. Care ar fi categoriile de pacienți care nu beneficiază de avantajele psihoterapiei? Este vorba în primul rând de deficienții mintali care sunt incapabili să înțeleagă sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut și să ajungă la descoperirea cauzelor și soluțiilor propriilor lor

probleme. De asemenea, persoanele care nu reușesc să realizeze un contact uman și deci nici relația psihoterapeutică nu se pot bucura de avantajele psihoterapiei. În această categorie intră unii psihopați și unii pacienți psihotici, mai ales schizofrenici.

Un bun psihoterapeut trebuie să fie atent să nu se fixeze în mod rigid asupra unui diagnostic (care poate fi

pus uneori cu superficialitate), ci să abordeze pacientul ca pe o entitate unică, de sine stătătoare, fără a uita că nu există boli, ci bolnavi. Astfel, trebuie explorată lumea interioară a pacientului, slăbiciunile și punctele tari ale acestuia, simptomele ca și posibilitățile sale de vindecare, relațiile acestuia cu sine și cu ceilalți, adaptabilitatea, precum și receptivitatea sa pentru o metodă psihoterapeutică sau alta.

Este important de știut faptul că nu există un model standard de normalitate și că modalitățile de adaptare ale omului la mediu sunt foarte variate. Soluția psihoterapeutică eficientă pentru un pacient poate să nu fie eficientă pentru altul. Psihoterapeutul trebuie să aibă în vedere, atunci când începe psihoterapia, pacientul și realitatea situațională a acestuia, să caute să-i deblocheze propriile disponibilități, să-l ajute să trăiască fericit în colectivitate, să se accepte pe sine, să fie eficient din punctul său de vedere. Fiind în același timp el însuși. Deci, dezideratul psihoterapiei nu este să-l facem pe pacient să semene cu alții, ci să-și restructureze și să-și optimizeze propria configurație a personalității, astfel încât să-și poată rezolva problemele într-un mod matur, realist și mai puțin nevrotic.

Strupp și Hadley (1977) arată că succesul psihoterapiei poate fi evaluat după trei criterii principale:

10

- trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptomelor ; se simte mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine);
- recunoașterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învățătură etc);
- materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera personalității și în comportamentul subiectului.

Mulți pacienți se pot simți ameliorați, cel puțin temporar, atunci când au reușit să scape de simptomele neplăcute care îi deranjează și care i-au determinat să se adreseze unui serviciu de psihoterapie.

Succesul așteptat de către psihoterapeut este ceva mai greu de atins și de evaluat mai ales în cazul psihoterapiilor de orientare analitică, unde simpla dispariție a simptomelor nu este considerată suficientă, ea nefiind sinonimă cu restructurarea de profunzime a personalității nevrotice. Deși pacientul afirmă că se simte bine pentru că a scăpat de simptomele sale (de pildă insomnii, anxietate, dispoziție depresivă), terapeutul psihanalist poate considera că starea pozitivă a pacientului e pasageră fiind, de pildă, rezultatul unui transfer pozitiv (relație emoțională pozitivă cu terapeutul) al pacientului asupra terapeutului și de a cărui stabilitate terapeutul se îndoiește, în același timp, terapeutul psihanalist poate considera ameliorarea simptomului doar ca o parte neînsemnată a modificării dorite. Specialiștii în psihoterapii scurte sunt ceva mai puțin pretențioși, ei mulțumindu-se de cele mai multe ori să rezolve doar problema de care se

11

plânge pacientul, așa cum se întâmplă și în cazul tratamentului medicamentos. Ca demers științific, psihoterapia trebuie să aibă la bază niște ipoteze clar formulate și un sistem de reguli bine stabilite, ce derivă din concepția teoretică a școlii psihoterapeutice respective asupra personalității umane și a tulburărilor psihopatologice din sfera acesteia. Psihoterapeutul trebuie să cunoască legile funcționării subsistemelor personalității, să-și formuleze clar obiectivele și treptele necesare atingerii acestora, cât și metodele de acțiune adecvate fie cărui pacient în parte. Majoritatea specialiștilor sunt de părere că obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

- Scoaterea pacientului din criza existențială în care se află.
- Reducerea sau eliminarea simptomelor.
- Întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului.
- Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului.
- Modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.
- Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ.
- Modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare.
- Dezvoltarea la subiecți a unui sentiment clar al identității personale.

Aceste obiective nu sunt ușor de atins deoarece adesea viziunea distorsionată despre lume și imaginea de sine nesănătoasă ale pacientului

12

sunt rezultatul unor relații patologice din copilărie, relații întărite pe parcursul mai multor ani de experiențe de viață. De asemenea, dezadaptările la nivel profesional marital sau social presupun, pentru a fi rezolvate, și operarea unor modificări în situația de viață a persoanei, pe lângă intervenția psihoterapeutică propriu-zisă.

Este greu de presupus că un psihoterapeut, oricât de competent ar fi, va izbuti într-un timp relativ scurt să

restructureze întregul trecut al persoanei, s-o înarmeze cu mijloace adecvate de adaptare valabile în orice situație. Totuși, chiar în cazurile de tulburări psihice cronice, o experiență psihoterapeutică încununată de succes îl poate face pe individ să câștige o nouă perspectivă asupra propriilor sale probleme, să pună în acțiune noi modele de comportament, să abordeze situațiile de viață dintr-o perspectivă ceva mai adaptată. Astăzi se apreciază că există foarte multe abordări psihoterapeutice care merg de la psihanaliza clasică a lui Freud până la utilizarea în psihoterapie a unor tehnici orientate, cum ar fi cele Yoga sau Zen. Karasu (1980) clasifică sistemele psihoterapeutice în raport de trei concepte de bază, fiecare școală psihoterapeutică pivotând cu precădere în jurul unuia din aceste concepte. Cele trei concepte -criterii sunt: dinamic, comportamental și experiențial (tabelul 1). Fiecare concept în funcție de care autorul împarte sistemele psihoterapeutice constituie de fapt un domeniu tematic, un sistem de referință în raport de care este interpretată natura umană, simptomele sale psihopatologice, demersul curativ și natura relației terapeut-pacient (tabelul 2).

13

Tabelul 1

Principalele forme de psihoterapie în raport cu criteriile: dinamic, comportamental și experiențial (Karasu, 1980)

Psihoterapii:					
Dinamice		Comportamentale		Experiențiale	
Forma	Reprezentanții	Forma	Reprezentanții	Forma	Reprezentanții
1	2	3	4	5	6
Psihanaliză clasică Psihologia analitică Terapia voinței Terapia analitică activă Psihologia individuală Psihiatria interpersonală	Freud Jung Rank Stekel Adler Sullivan	Psihoterapia prin inhibiție reciprocă Terapia implozivă Terapia reflexcondițională Terapia bazată pe teoriile învățării	Wolpe Stampf I Salter	Analiza existențială Dasein-analiza Logoterapia Terapia centrată pe client Gestaltterapia Terapia psihoimaginativă Terapia experiențială	Binswanger Boss RANK Rogers Perls Shorr Whitaker
Psihoterapia intensivă	Fromm Reichman	Psihoterapia bazată pe învățarea socială	Do II ard	Terapia experiențială	Gendlin
Analiza caracterologică Școala culturală	Horney Fromm	Terapia modelată	Rotter Bandura	Psihoterapia strigătului primar	
Analiza ego-ului	Klein	Psihoterapia directivă	Thorne		Janov

Tabelul 1 (continuare)

1	2	3	4	5	6
Școala de la Chicago	Alexander	Terapia prin decizii	Greenwald	Analiza bioenergetică Analiza structurală Antrenamentul autogen	Lowen Rolf Schulz
Terapia sectorizată	Frenck Deutsch	Terapia de confruntare și rezolvare de probleme	Garner		Luthe
Psihoterapia obiectivă	Karpman	Terapia asertiv-structurală	Phillips	Meditația transcendențială, Yoga Nirvana - terapie	Watts
Psihoterapie scurtă (analitică)	Sifneos Malan Bellak	Terapia bazată pe		Psihoterapia Zen	

Analiza directă	Rosen	construcție personale	Kelly	Psihoterapia psihedelică	Osmund
Terapia psihobiologică	Meier	Terapia rațional emotivă	Ellis		
Terapia biodinamică	Maserman	Terapia integrativă	Drakeford		
Psihodinamica adaptativă	Rado	Terapia realității	Glasser		
Hipnoanaliza	Wolberg	Psihoterapia filozofică	Sahakian		
Analiza caracterială, vegetoterapia	Reich	Antrenamentul pe bază de bio-feedback	Green		

Tabelul 2

Principalele direcții terapeutice de abordare terapeutică în cadrul celor trei tipuri de psihoterapie

Abordarea

Problema	Dinamici	Comportamentală	Exponențială
1	2	3	4
Preocuparea principală Concepția psihopatologică (cauza apariției simptomelor) Conceptul de sănătate	Represiunea sexuală Conflicte de natură instinctuală, dorințe libidinale timpurii care rămân în afara conștiinței, absența conștientizării Rezolvarea conflictelor refulate, victoria egoului asupra id-ului, întărirea ego-ului	Anxietatea Deprinderi învățate, comportamente deficitare sau în exces, care au fost întărite de factori din mediu Reducerea (înlăturarea simptomelor): absența simptomelor și/sau reducerea anxietății	Alienarea Disperarea existențială. Pierderea posibilităților umane, fragmentarea eului, lipsa de congruență în cadrul experienței personale Auto-realizarea potențialului uman: autodesăvârșirea personală, câștigarea autenticității și spontaneității

Tabelul 2 (continuare)

Modul în care se realizează schimbarea

Perspectiva temporală

Timpul de tratament Sarcina terapeutului

Realizarea unui insight profund: înțelegerea problemelor din trecutul personal (copilarie), înțelegerea intelectual-emoțională

Istorică: trecutul subiectiv

De lungă durată și intensiv

Să înțeleagă conținutul mental de natură inconștientă al subiectului, semnificațiile sale ascunse în istoria vieții bolnavului

Învățarea directă a modului cum trebuie să se comporte subiectul în prezent, a modului de acțiune și de realizare a performanțelor

Non-istorică: prezentul obiectiv -

De scurtă durată și non-intensiv

Programarea, recompensarea, inhibarea sau elaborarea unor noi răspunsuri comportamentale adecvate (sănătoase) la stimulii anxio-genii

Trăirea experienței imediate: trăirea sentimentului momentului actual; exprimarea spontană a experienței

Anistorică:

momentul fenomenologic

De scurtă durată și intensiv

Învățarea pacientului să interacționeze într-o atmosferă de acceptare mutuală pentru a-și dezvolta exprimarea eului (de la planul somatic și spiritual)

Tabelul 2 (continuare)

Tehnica psihoterapeutică de lucru

Modul de tratament (modelul terapeutic)

Natura relației psihoterapeutice

Rolul terapeutului

Interpretările.

Asociațiile libere, analiza transferului, rezistențelor, actelor ratate și viselor

Medical:

de tipul relației medic-bolnav, părinte-copil (autoritar, bazat pe un contract terapeutic)

Transferențială și realizată doar pentru terapie; primară în raport cu terapia; neautentică

Interpretare, reflectare. Indirect, nepasional; frustrant

Condiționare

Desensibilizare sistematică, întăriri pozitive și negative; elaborarea unor modele comportamentale noi

Educațional:

profesor-elev, părinte-copil (autoritar, bazat pe o convenție de învățare)

Relație reală dar secundară terapiei; absența relației

Sfătuitor - formator; direct pentru rezolvare de probleme, practic

Interacțiunea.

Dialogul mutual. Dramatizarea (jucarea propriilor sentimente). Trăiri experimentale. Jocuri

Existențial:

de la om la om; de la adult la adult (egalitar) bazat pe o înțelegere umană

Relație reală, primară în raport cu terapia autentică

De acceptare mutuală. Interacțiune, permisiv; gratificant

CATEGORIILE PROFESIONALE CARE PRACTICĂ PSIHOTERAPIA

Multe categorii profesionale au dat sau dau sfaturi oamenilor turbulenți emoțional, realizând un fel de psihoterapie empirică. Medici de diverse specialități realizează acest lucru suplimentar pe lângă preocuparea lor de bază pentru sănătatea fizică a oamenilor chiar și atunci când, în cadrul specialității lor, au puține cunoștințe psihologice și puțin timp la dispoziție pentru consiliere.

În țările dezvoltate, medicii au însă cunoștințe suficiente pentru a recunoaște o afecțiune psihică și pentru a trimite pacientul la un serviciu de specialitate.

O altă categorie profesională care se ocupă de problemele emoționale ale oamenilor o reprezintă clericii, în unele țări preoții primesc chiar o anumită instrucție psihologică pentru a fi mai competenți în rezolvarea problemelor enoriașilor.

Să vedem care este situația în Statele Unite, țara cu cea mai dezvoltată tradiție în domeniul psihoterapiei? (Coleman, Butcher, Carlson, 1984). În S.U.A. cei care fac psihoterapie propriu-zisă, de nivel științific și sunt special pregătiți pentru asta, sunt profesioniștii din domeniul sănătății mentale: psihiatrii, psihologi clinicieni și - pentru probleme mai simple - asistenții sociali din cadrul respectivelor servicii. Psihiatrul care practică psihoterapia este absolvent al Facultății de medicină, doctor în științe medicale și are o specializare de cel puțin trei ani în psihiatrie și a urmat unul sau mai multe cursuri de psihoterapie fiind supravizitat de un psihoterapeut competent. Psihologul clinician care practică psihoterapia este absolvent al unei facultăți de psihologie,

19

doctor în psihologie, cu specializare în domeniul psihologiei clinice, psihopatologiei, teoriilor personalității, consilierii psihologice și psihoterapiei.

Mulți psihologi clinicieni obțin o instruire specială în psihoterapie în afară de instruirea în domeniul psihopatologiei și psihologiei clinice. Asistenții sociali în S.U.A. sunt de regulă pregătiți la nivel mediu în domeniul științelor sociale, dar pot avea și pregătire universitară sau doctorat de la o școală superioară de asistență socială.

În S.U.A. asistenții sociali se ocupă mai mult de consilierea familială, supraveghează și evaluează aspectele din teren și în unele situații chiar aplică unele tehnici psihoterapeutice pentru care au calificarea necesară (se preocupă de măsura în care condițiile sociale care întrețin tulburarea pot fi ameliorate). La noi în țară, psihoterapia este practică de către medici psihiatri și psihologi care au obținut o inițiere într-una sau în mai multe tehnici psihoterapeutice.

PSIHOTERAPII DE ORIENTARE

DINAMICĂ

Punctul de vedere dinamic în psihologie își are originea în fizică și pornește de la ideea că orice fenomen psihic este rezultatul interacțiunii unor forțe. Conform acestei concepții ființa umană este o structură

complexă, determinată de jocul agitației turbulente a unor forțe intrapsihice aflate în conflict.

Psihoterapia dinamică reprezintă o formă de tratament psihologic, care abordează personalitatea din perspectivă psihodinamică, exemplul cel mai ilustrativ reprezentându-l psihanaliza lui Freud. Există unii autori care includ în cadrul psihoterapiilor de orientare dinamică nu numai psihanaliza și terapiile derivate din aceasta, ci și alte sisteme psihoterapeutice, de pildă cele de orientare existențială. Lazarus (1976) a denumit acestea - terapii dinamice sau terapii bazate pe insight (iluminare). Opinia noastră este că deși în cadrul unor școli de orientare existențială intervin elemente dinamice, iar insightul are un loc important, caracteristicile lor generale le fac să aparțină mai curând orientării experiențiale în psihoterapie.

Terapiile psihodinamice pun accent pe descoperirea de către pacient a variatelor procese psihologice de natură inconștientă, procese ce stau la baza structurii personalității sale și a

21

formării mecanismelor sale adaptative. Aceste descoperiri bruște și intuitive ale pacientului sunt curioscute sub denumirea de „insight” sau iluminare

Prin intermediul insight-ului pacientul descoperă de fapt sursele și motivele ascunse care stau la baza comportamentelor și problemelor sale.

În teoria freudiană se presupune că aceste elemente s-au structurat în copilărie, sunt de natură inconștientă și relativ inaccesibile persoanei.

Sarcina principală a terapiei dinamice este să-l ajute pe pacient să descopere ce se întâmplă cu el, să obțină insightul (limpezirea) propriilor sale probleme și să utilizeze înțelegerea obținută pentru a-și modifica stilul perturbat de a reacționa și de a se comporta. Această abordare își are originea în teoriile și practica psihanalizei freudiene, dar a fost modificată și structurată și în diverse alte sisteme psihoterapeutice, fiecare din acestea având o anumită concepție despre natura umană și aparținând unui anumit întemeietor de școală (de pildă Jung sau Erickson, care au considerat sistemul lui Freud inadecvat sau incomplet), în ciuda diferențelor, aceste sisteme diverse de psihoterapie se aseamănă prin aceea că sunt de părere că psihoterapia trebuie să releve pacientului ce nu este în regulă cu viața sa psihică și, pornind de la aceasta, trebuie să-l ajute să elaboreze noi modele comportamentale mai eficiente.

Aceste psihoterapii au cel puțin două trăsături comune:

22

1. Toate utilizează discuția cu pacientul ca instrument de bază în cadrul tratamentului psihologic și pacientul este cel care decide în general despre ce anume se va vorbi. Terapeutul poate influența deciziile sale în mod direct sau indirect, dar majoritatea terapilor bazate pe insight minimizează rolul terapeutului, punând pacientul în centrul psihoterapiei.

2. Deși există și excepții, în majoritatea terapilor psihodinamice tradiționale, cum ar fi, psihanaliza, psihoterapeutul tinde să adopte mai curând o atitudine profesională decât una cu caracter personal, solicitând de la pacient date cu privire la viața sa personală, fără a se comporta ca un prieten sau ca o cunoștință apropiată.

Există numeroase diferențe în ceea ce privește strategia sau tactica abordării psihoterapeutice. Astfel, de pildă, psihanaliza ortodoxă impune pacientului între 3 și 5 ședințe pe săptămână, ședințe ce se întind pe mai mulți ani. Neo-freudienii și mulți alți psihoterapeuți consideră că este necesară o perioadă mai scurtă de tratament, ajungându-se uneori la câteva săptămâni sau luni, doar cu o singură ședință săptămânal.

Psihoterapiile de orientare psihodinamică plasează deci responsabilitatea conținutului despre care se va vorbi în cursul psihoterapiei pe umerii subiectului, terapeutul intervenind cu rezervă în cadrul acestui proces și numai pentru a ghida conținutul comunicării.

PSIHANALIZA

Psihiatria modernă și psihologia clinică au fost în mare măsură influențate de teoria și practica psihanalizei.

23

În sens strict, psihanaliza se referă la sistemul conceptual și la psihoterapia inspirate direct din lucrările și tehnica terapeutică ale lui Sigmund Freud și ale urmașilor săi, grupați în institute și asociații care utilizează această metodă. Mulți autori consideră că acest sens este prea restrictiv ținând seama mai ales de faptul că au apărut o serie de variante inspirate din lucrările unor terapeuți de prestigiu, cum ar fi Jung, Adler, Horney, Rank sau Sullivan, discipolii acestora autonumindu-se tot psihanalisti.

Datorită acestei situații a fost delimitat conceptul de psihanaliză freudiană. Psihanaliza poate fi considerată în același timp o teorie psihologică asupra dinamicii naturii umane, o metodă de cercetare și o abordare psihoterapeutică (Watson, 1963). Psihoterapia psihanalitică nu poate fi înțeleasă dacă nu este înțeleasă concepția teoretică asupra dinamicii naturii umane care stă la baza ei.

BAZELE TEORETICE ALE PSIHANALIZEI

Pentru teoria psihianalitică este centrală distincția între motivele inconștiente și cele conștiente care stau la baza conduitei umane. Sunt cunoscute în psihologie experimentele care se referă la studiul influenței sugestiilor post-hipnotice în cadrul cărora subiectul execută comenzi de a căror sursă acesta nu este conștient.

Deși psihologii s-au ocupat mai ales de studiul fenomenului conștient, clinicienii nu pot nega prezența la pacienții lor a unor motivații de care aceștia nu și dau seama. Psihanaliza pune accent pe influența unor forțe inconștiente în dez-

24

voltarea și menținerea unor tulburări psihice sau a unor perturbări în sfera personalității. Conform teoriei psihianalitice, forțele inconștiente influențează în fiecare clipă comportamentul uman, ele interferând cu elementele conștiente ale psihismului. Tehnica terapeutică a psihianalizei clasice își propune să aducă la nivelul conștiinței emoțiile, motivele și experiențele de care subiectul nu este conștient. Odată ce acestea au atins nivelul conștiinței, individul își extinde controlul conștient asupra lor sau se eliberează de energia psihică pe care aceste conținuturi psihice o conțin.

Trebuie subliniat faptul că inconștient nu înseamnă că anumite idei sau stări afective dispar complet din conștiință, ci, de cele mai multe ori, înseamnă disocierea unor părți componente a unor conținuturi psihice care ar trebui să se afle în mod firesc împreună. Pentru psihianalisti sănătatea mentală depinde (măcar parțial) de gradul în care viața psihică este condusă de forțe de natură conștientă, și de conștientizarea efectului unor forțe inconștiente.

Privit din altă perspectivă, acest obiectiv poate să însemne de fapt întărirea eului, comportamentul fiind adus sub controlul ego-ului. În felul acesta, dinamica forțelor psihice este modificată, subiectul psihanalizat reușind să-și rezolve mai bine propriile conflicte intrapsihice și să facă față dificultăților existenței într-un mod mai matur și mai realist. Conform psihianalizei, structura personalității cuprinde trei instanțe psihice: Ego, Id și Super-ego. Ego-ul (sau eul) are drept funcții perceperea evenimentelor interne sau externe, integrarea diferitelor conținuturi psihice, cât și o funcție executivă. Id-ul se referă la impulsurile

25

inconștiente, persistente de căutare a plăcerii și de ostilitate, impulsuri pe care ego-ul le poate restructura conform datelor realității. Superego-ul (sau supraeul) se compune din conținuturi psihice de natură social-valorică, idealuri, principii morale și elemente de autocritică în raport cu primele, care stimulează ego-ul în acțiunea sa de combatere a forțelor id-ului. Ego-ul, entitate psihică de natură conștientă se află în contact permanent cu mediul înconjurător și este capabil de judecată independentă. La adultul normal Ego-ul are de regulă suficientă forță pentru a face față tendințelor inconștiente ale id-ului prin transformarea și suprimarea acestora.

La nevrotic, de regulă aceste tendințe sunt reprimite (refulate) și deci nu sunt accesibile conștiinței. Mai mult, ego-ul acționează împotriva aducerii lor în conștiință, punând în acțiune diferite mecanisme de apărare. Datorită acestui fapt, în decursul terapiei, terapeutul și pacientul au de luptat nu numai cu tendințe inconștiente, ci și cu mecanismele de apărare ale eului. Practic, prin intermediul declanșării mecanismelor de apărare ale ego-ului are loc procesul conștientizării conținuturilor inconștientului. Un alt element important al psihianalizei este postulatul conform căruia experiențele din copilărie joacă un rol deosebit de important în formarea personalității adulte. Această afirmație de natură genetică are o importanță deosebită în modul cum este manevrată relația pacient-terapeut.

O opinie acceptată într-o măsură ceva mai redusă este afirmația referitoare la conceptul de sexualitate, care ar cuprinde nu numai

26

experiențe legate de sfera genitală, ci o largă varietate de experiențe agreabile din copilărie cât și faptul că aceasta ar pune o amprentă de neșters asupra personalității adulte. De pildă, complexul lui Oedip sau complexul de castrare care ar reprezenta fenomene normale în cursul dezvoltării copilului atunci când nu sunt bine integrate, pot predispuce adultul la dificultăți de adaptare.

Trebuie subliniat faptul că Freud a avut o concepție deterministă asupra psihicului uman, el accentuând mult asupra cauzalității unor tulburări psihice. El sublinia însemnătatea unor fenomene, ca actele ratate, lapsusurile, asociațiile libere și analiza viselor, în descoperirea unor conținuturi ascunse ale psihicului uman, oricât de neînsemnate ar părea aceste fenomene la prima vedere. Putem spune, în concluzie, că perspectiva psihianalitică are la bază următoarele principii fundamentale (după Karas, 1980).

- Ideea că omul posedă o serie de impulsuri și tendințe instinctive - impulsuri de natură inconștientă și preocuparea pentru modul în care aceste impulsuri sunt exprimate, transformate sau refulate. Refularea se produce pentru a nu permite gândurilor, dorințelor și afectelor penibile să atingă pragul conștiinței.

- Convingerea că refularea are la bază în principal tendințele sexuale și că tulburările psihice au la origine o dezvoltare libidinală (psihosexuală) defectuoasă.
- Ideea că dezvoltarea psihosexuală defectuoasă se originează în conflictele și psihotraumele din copilăria timpurie, mai ales în complexul lui Oedip, care în forma sa clasică se manifestă în dorința sexuală față de părintele de sex opus.

27

- Convingerea în caracterul universal și persistent al complexului Oedip, care rămâne activ și neconștientizat.
- Ideea că omul se confruntă cu conflictele dintre pulsunile biologice instinctive (id), sub -stitutele acestora, mecanismele primare de apărare a ego -ului care încearcă o mediere cu realitatea externă (ego) în acord cu standardele și principiile morale elaborate de societate (su -pergo).
- Psihanaliștii sunt partizanii determinismului sau cauzalității psihice, după care fenomenele psihice și comportamentele umane nu apar întâmplător, ci sunt determinate strict de evenimente anterioare, care dacă nu sunt conștientizate determină subiectul să repete mereu aceleași tipuri de comportamente. Pornind de la aceste principii, pentru terapeutul psihanalist, sarcina principală este să aducă în conștiință inconștientul, adică să-l ajute pe pacient să conștientizeze și să înțeleagă conținutul pulsional din zonele profunde ale psihismului. Astfel, terapeutul psihanalist analizează conținuturile refulărilor instinctelor și pulsuniilor de natură sexuală căutând să înlăture rezistențele naturale ale pacientului, rezistențe care tind să se opună acestui demers. Este clar de ce demersul de orientare dinamică este de lungă durată, adesea fără sfârșit, el având un obiectiv pretențios și anume restructurarea personalității în ansamblu și rezolvarea tuturor conflictelor nevrotice. Cel mai important aspect îl reprezintă rezolvarea conflictului lui Oedip, rezolvare obligatorie pentru o personalitate sănătoasă. Vindecarea în această viziune presupune achiziționarea de către individ a unui control total al ego -ului asupra impulsurilor inconștiente ale id -ului.

28

Procesul psihoterapeutic dinamic este marcat de momente de catharsis (descărcări psihice de natură emoțională) și insight. Harper (1959) definea catharsisul ca o descărcare a tensiunii și anxietății prin retrăirea pe plan psihic a experiențelor trecute.

Este cunoscut faptul că încă din cele mai vechi timpuri oamenii au cunoscut efectul binefăcător al exprimării sentimentelor (vezi efectul „purificator” al spovedaniei), în locul termenului de purificare utilizat de religie, Freud a preferat termenul de catharsis. Dacă la începutul psihanalizei catharsisul a fost considerat un element de bază al psihoterapiei, ulterior chiar Freud, odată ce sistemul său s-a structurat și s-a maturizat, a ajuns la concluzia că pentru succesul terapiei este nevoie de mult mai mult, el deplasând accentul de pe catharsis pe alte elemente ale analizei. Totuși, catharsisul rămâne în continuare un element important în terapia analitică pentru că:

- a. terapia nu poate progresa dacă pacientul nu -și exprimă într-o anumită măsură trăirile afective;
- b. exprimarea acestor sentimente îi produce pacientului o ușurare, fapt ce încurajează pe acesta să continue terapia.

Deci ambele procese - catharsisul (descărcarea) și insightul (iluminarea) - sunt considerate ca aparținând psihanalizei tradiționale.

Demersul terapeutic își schimbă, pe parcursul evoluției sale, centrul de greutate de la momentele de catharsis (descărcare) la recuperarea amintirilor uitate (insight). După Hutchinson (1950) există patru etape succesive în atingerea insightului psihoterapeutic și anume:

29

- a. o etapă pregătitoare, caracterizată prin trăirea sentimentului de frustrare, anxietate, de vid interior și disperare, urmată de o activitate febrilă de căutare prin încercări și erori a unei soluții la problema proprie și apoi de o recădere în vechile modele de comportament și gândire în care subiectul nu pare să întrevadă nici o cale de ieșire din situația sa;
- b. o etapă de incubație sau renunțare, când se manifestă la subiect dorința de a renunța, de a fugi de problema sa, acesta manifestând lipsă de motivație sau rezistență la rezolvarea propriilor probleme;
- c. o etapă de iluminare când problema devine clară pentru pacient și soluția se impune de la sine (adesea apare un flux de idei acompaniate de sentimentul realității trăirii lui);
- d. o fază de evaluare și elaborare a soluției care este confruntată cu criterii exterioare furnizate de realitate. De regulă, terapeuții fac distincția dintre insight-ul de natură intelectuală, care are o valoare terapeutică limitată și cel de natură emoțională, care este esențial. Oricum, distincția nu este ușor de realizat, cele două componente aflându-se în interacțiune. Deși insight-ul are în cadrul psihanalizei un rol terapeutic major, trebuie să fim totuși de acord și cu afirmația lui Schönbart (1957) care spunea că nu toate schimbările

din sfera personalității pacientului se datoresc insight -ului și că nu orice insight duce în mod obligatoriu la schimbare. Psihanaliștii consideră că un alt factor psihologic important generator de schimbare este relația de tip transferențial dintre pacient și terapeut, relație asupra căreia vom mai reveni. Procedura preliminară implică acceptarea provizorie de către psihoterapeut și evaluarea

30

diagnostică a pacientului, aspectele financiare ale psihoterapiei, discuții legate de așteptările pacientului, avertizarea acestuia în legătură cu posibile modificări serioase în sfera personalității sale, și explicarea procedurii terapeutice.

Înainte ca pacientul să fie acceptat pentru psihanaliză se acordă, de regulă, o perioadă provizorie de 2 —3 săptămâni pentru a decide dacă problemele acestuia sunt abordabile prin intermediul acestei tehnici.

Psihanaliza conservatoare consideră că pot fi abordate psihanalitic următoarele categorii de tulburări: stările de anxietate, isteria anxioasă, isteria de conversie, nevrozele compulsive, fobiile, nevrozele caracteriale și perversiunile. Se consideră că pot fi abordate psihanalitic chiar formele mai severe și cronice ale acestor tulburări.

Unii psihanalisti moderni recurg astăzi la serviciile unui psiholog care să realizeze interviul clinic și să furnizeze date bazate mai ales pe psihodiagnosticul proiectiv (Rorschach). Freud însă nu era de părere că este bine ca o altă persoană să realizeze discuțiile preliminare cu pacientul mai ales datorită faptului că acest lucru ar putea afecta relația transferențială dăruind de la sine să se structureze în aceste perioade preliminare. Din același motiv, Freud era de părere să nu fie admiși în terapie prieteni sau cunoștințe deoarece cu aceștia relația transferențială s-a structurat deja într-un mod în care altfel nu s-ar fi produs, în perioada preliminară se fixează ora precisă (cincizeci de minute) și zilele terapiei. Se lucrează în varianta clasică, 5 sau chiar 6 zile pe săptămână. Unii psihanalisti mai puțin ortodocși lucrează doar de 3 ori pe săptămână. Se precizează cu exactitate că pacientul este

31

responsabil din punct de vedere financiar de desfășurarea ședințelor. Durata totală a tratamentului psihanalitic variază de la un an la mai mulți ani, cu durata medie de doi ani.

Pacientului i se recomandă să nu facă schimbări radicale în existența sa (familială, profesională) cel puțin în fazele incipiente ale terapiei, până când motivațiile inconștiente care generează aceste schimbări nu sunt analizate. Această recomandare se face nu numai pentru a proteja pacientul de dorințele impulsive de a-și rezolva conflictele într-un mod nevrotic, ci și pentru a-l împiedica pe acesta de a se debarasa de problemele sale în afara ședințelor de psihanaliză.

Reamintim că psihanaliza este un tip de psihoterapie în cadrul căreia conflictele nevrotice trebuie aduse la nivel conștient, în timpul ședințelor de psihanaliză, de regulă, pacientul este întins pe o canapea, iar terapeutul stă așezat în spatele lui. Psihanaliștii mai puțin ortodocși admit și faptul că pacientul poate sta așezat.

TEHNICILE PSIHANALIZEI

Metoda asociațiilor libere

După opiniile lui Freud, subiectul pe marginea căruia pacientul va asocia liber este lăsat integral la latitudinea sa, fără să i se ceară sau să se încurajeze coerența și păstrarea unui fir director al asociațiilor. / Tehnica asociației libere constă în a lăsa mintea să vagabondeze astfel încât pacientul să spună absolut tot ce-i trece prin cap, indiferent de conveniență, jenă și fără a pune în acțiune dorința de a face o impresie bună.

32

Produsele asociațiilor pot fi amintiri, imagini, reverii diurne, gânduri acuzatoare, sentimente, reproșuri etc. Adesea fluxul asociațiilor libere este blocat de punerea în funcțiune a rezistențelor subiectului. Rațiunea pentru care se utilizează asociațiile libere este aceea că inconștientul va revela prin această metodă conținuturile sale reprimite, eliberând individul de efectele lor, în felul acesta scopul psihanalizei fiind atins. Este eronată opinia după care psihanalistul nu utilizează niciodată întrebările directe. Dimpotrivă, acesta le folosește ca stimuli pentru declanșarea unor noi asociații (întrebările sunt de tipul: „la ce te duce cu gândul aceasta?”, sau „câți ani aveai când s-a întâmplat aceasta?"). Un principiu director al tehnicii asociațiilor libere constă în aceea că atâta timp cât pacientul asociază liber pe tema transferului asupra terapeutului, aceste asociații rămân neatinse. Doar atunci când transferul este utilizat de pacient ca un mecanism de rezistență, a sosit momentul ca analiza să se îndrepte asupra acestui subiect. Analiza viselor. Lipsa de coerență, caracterul dezordonat și aparent illogic al asociațiilor libere este caracteristic și viselor. Ca și asociațiile libere și visele pot fi privite în mod determinist ca reprezentând reacțiile celui care visează la propriile sale experiențe de natură inconștientă. De fapt, pacienții se referă de cele mai multe ori, în mod

spontan în cursul asociațiilor libere la visele pe care le -au avut. F r e u d a caracterizat visele ca fiind „calea regală spre înconștient”. Conținutul manifest, povestit de cel care a avut visul, este un fel de ecran de tip caleidoscopic care nu face decât să ascundă conținutul latent

33

- semnificația reală a visului. Acest conținut latent reprezintă sentimente și dorințe adânc reprimite, la care pacientul este atât de profund implicat încât nu le poate aduce în conștiință prin efort personal. Fiecare vis reprezintă o luptă a pacientului de a -și rezolva conflictele de natură înconștientă. Incapabilă de a face față conflictelor înconștiente, așa cum apar ele în semnificația lor deplină, personalitatea umană se angajează la o luptă cu ele și prin mecanisme de na tură dinamică cum ar fi, de pildă, conden -sarea și deplasarea care substituie și maschează conținutul real al visului care apare în forma conținutului manifest. Metoda analizei viselor, așa cum este ea utilizată în psihanaliză, cere pacientului să asocieze nu asupra visului în întregime, ci asupra detaliilor care îi apar semnificative pacientului sau psihanalistului. Astfel, apar la iveală teme specifice care conduc la aducerea în conștiință a conținutului latent de natură înconștientă.

Analistul, atunci când îl ajută pe pacient să -și interpreteze visele, trebuie să cunoască foarte bine personalitatea și problematica pacientului și în același timp să fie conștient de faptul că nu există un symbolism universal al viselor, care se poate aplica în orice situați e (W a t s o n, 1963).

Încă F r e u d arată că modul cel mai eficient de a completa analiza unui vis este s -o amânăm până ce materialul respectiv va fi continuat și amplificat în cursul unor noi vise. Interesant de subliniat este și faptul că primele vise sunt mai ușor de analizat și de interpretat de către pacient, datorită lipsei lor de sofis ticare. Cu cât analiza progresează mai mult, cu atât se pătrunde în zone din ce în ce mai obscure ale psihismului.

34

Analiza acțiunilor pacientului

O altă sursă pentru obținerea materialului ce trebuie analizat o reprezintă interpretarea acțiunilor pacientului. Comportamentul non-verbal cât și cel verbal (neintenționat) includ o serie de elemente importante pentru analiză, cât și aspecte neesențiale. Aceste aspecte s e pot manifesta atât în cursul ședinței de psihanaliză cât și în afara ei.

Astfel de comportamente manifestate în timpul ședinței pot fi, de pildă, grija excesivă a pacien tului de a nu -și șifona pantalonii, privirile anxioase pe care acesta le aruncă peste e umăr, în direcția terapeutului, comportamentul de flirt, erorile de pronunțare a unor cuvinte etc. În afara ședinței pot să apară modificări ale comportamentului pacientului în familie, la ser viciu, apariții sau dispariții de simptome, reacția la o anumită situație cu mai multă sau, dimpotrivă, mai puțină anxietate, modificări în modul în care pacientul își tolerează prietenii sau rudele.

Transferul și rezistențele F r e u d consideră transferul și rezistențele ca fiind puncte centrale ale psihanalizei, considerând că acestea sunt mijloacele prin intermediul cărora psihanaliza poate fi deosebită de o altă abordare psihoterapeutică non -psihanalitică.

Transferul se referă la relația pacient-terapeut, relație care are un caracter irațional, proiectiv și ambi valent. În psihanaliză această relație este utilizată terapeutic, explicând -se pacientului modul de acțiune al acestei relații cât și rădăcinile sale în istoria vieții acestuia. Atâta timp cât psihanalistul își menține neutralitatea, majoritatea reacțiilor emoționale ale pacientului nu sunt rezultatul situației prezente, ci izvorăsc din propriile tendințe și

35

dorință ascunse. Analiza acestor reacții datorate transferului conduce la descoperirea unor experiențe timpurii din copilăria pacientului, experiențe care au generat aceste tendințe.

Transferul îl conduce pe pacient să -și pună probleme asupra originii comportamentelor sale, care a rămas măcar parțial în afara conștiinței sale.

O dată cu „insightul” (descoperire intuitivă și bruscă) asupra acestor pr obleme, vălul irațional care maschează adevăratele origini ale acțiunilor pacientului se dă la o parte și astfel pot să apară schimbări în sfera personalității acestuia.

Thompson (1946) ilustrează acest fenomen prin intermediul următorului exemplu: Un paci ent încearcă permanent să facă pe plac terapeutului, față de care manifestă doar apreciere și admirație și nu se supără nici atunci când acesta îi pune în față cu situații neplăcute pentru el. Când terapeutul îi atrage atenția asupra acestui lucru, la început pacientul este surprins că cineva poate considera acest fenomen ca fiind neobișnuit. Treptat, pacientul începe să identifice același model compor tamental și în relația sa cu alte persoane, devenind treptat conștient de originile ascunse ale acestui gen de comportament - teama de dezaprobare care îl copleșește. Începând să se întrebe de ce este atât de îngrijorat că va fi dezaprobat, îi revin în minte amintiri din copilărie care pun în evidență incidente care au declanșat această teamă.

Într-o mare măsură, psihoterapia analitică constă dintr-o serie de astfel de descoperiri pe care le face pacientul. Consecutiv acestor iluminări (insight-uri) se produc modificări favorabile în sfera personalității subiectului.

36

Transferul nu este altceva decât o repetiție a unor experiențe trecute ale pacientului, experiențe pe care le transferă asupra terapeutului.

Pacientul trăiește această experiență nu atât prin reamintirea unor evenimente trecute cât prin retrăirea unor stări afective care au prezentat importanță pentru el în trecut. Astfel, el nu spune cât de critic a fost la adresa părinților săi, ci devine critic față de analistul său; el nu și reamintește jenele sale privind practicile sexuale, în schimb este rușinat și secretos atunci când este analizat, în stadiile inițiale ale psihanalizei, datorită relației transferențiale pot să dispară simptomele pacientului și să apară iluzia că s-a instalat deja sănătatea psihică. Aceasta se întâmplă din cauza eliberării anxietății, eliberare ce se produce datorită încrederii pacientului în analist. Această etapă este denumită în general „cura de transfer” și este tranzitorie deoarece procesele inconștiente nu au fost încă prelucrate. Repetarea modelelor nevrotice de comportament în relație cu psihoterapeutul poartă numele de „nevroză de transfer”. Relația se fixează la un nivel irațional, emoțional și regresiv. Analistul este privit de către pacient ca o zeitate omnipotentă, acesta dorind să fie iubit de către psihoterapeut, inclusiv în plan sexual. Sentimentele sale fiind frustrate, în conștiința pacientului decepționat apare anxietatea și furia. Dacă predomină anxietatea, pacientul va manifesta o atitudine supusă încercând să obțină favoruri de la terapeut. Dacă predomină furia, pacientul devine agresiv, revendicativ, asertiv și plin de resentimente. Sarcina terapiei este să corecteze aceste atitudini pentru că pacientul nu poate fi realist

37

cu restul lumii până când nu e realist în cadrul relației sale cu psihoterapeutul. În cadrul situației transferențiale pacientul are o minunată ocazie să se confrunte la scară mai redusă cu aceleași dificultăți pe care nu a fost capabil să le stăpânească în trecut, cum ar fi, de pildă, amestecul de invidie, cu admirație și recunoștință față de tatăl său, fratele mai mare sau alți rivali, sentimentele de anxietate consecutive trăirii invidiei și ostilității, atitudinea dependentă pe care o are față de mama sa, în același timp cu toată frustrarea și resentimentele ce apar atunci când cerințele sale de a obține o dragoste nu sunt îndeplinite, sau cu revolta față de hiperprotecția maternă. Persoanele incapabile să se identifice emoțional cu o altă persoană, și deci nu pot trăi experiența transferului, sunt contraindicate pentru psihanaliză, în această categorie sunt incluși subiecții cu tulburări de personalitate, cum ar fi, de pildă, unii psihopați sau psihotici schizofreni.

Pentru psihanalisti relația transferențială este importantă pentru două motive principale: 1. Ea aruncă o lumină asupra modelelor de identificare din copilărie, cât și asupra unor particularități ale relațiilor pacientului cu cei din jur. Astfel, psihanalistul află elemente fundamentale în legătură cu personalitatea pacientului prin intermediul reeditării, în cadrul relației psihoterapeutice, a relațiilor din copilăria timpurie, și ceea ce este poate și mai important, este că aceste lucruri le află în cele din urmă și pacientul însuși.

2. Terapeutul se folosește de această puternică relație afectivă pentru a încuraja pacientul să depășească rezistențele. Deoarece dorința dominantă a pacientului este să-i facă pe plac terapeutului și deoarece el se simte protejat și

38

susținut de către terapeut, relația transferențială contribuie la evidențierea anumitor aspecte psihologice care în alt context ar fi prea greu de tolerat pentru pacient fiind prea anxiogene. În cele din urmă relația transferențială trebuie dezvoltată astfel încât pacientul să ajungă să o privească așa cum este ea de fapt și anume o reeditare a relației sale cu o figură parentală din copilărie. Astfel, pacientul trebuie să renunțe la copilărie și să fie capabil să stabilească relații de tip matur cu persoanele importante din anturajul său.

Un alt concept utilizat de psihanaliză este cel de rezistență, în sens larg orice interferă cu desfășurarea firească a cursului terapiei poate fi considerat ca fiind rezistență, ca de pildă, interpretările oferite de analist pacientului, interpretări ce sunt primite de el cu dezaprobare, încercările sale de a lupta împotriva respectivelor interpretări, de a-i demonstra analistului că nu are dreptate, căutând să se împotrivescă în mod inconștient progresului analizei.

În sens restrâns rezistențele se manifestă prin încălcarea regulii fundamentale a analizei -neîmpărtășirea tuturor gândurilor terapeutului. Există o mare varietate de forme pe care le pot îmbrăca rezistențele, în afara dezacordului direct cu interpretările analistului: asociații multiple și superficiale, pauze prelungite în fluxul asociațiilor, întârzieri și absențe de la terapie, apariția de noi simptome, posibilitatea de a adormi în timpul ședinței de psihoterapie etc. Nu este de fel greu de înțeles de ce se manifestă rezistențele. Pacientul a izbutit să ajungă la un anumit gen de adaptare, dea face față propriilor probleme de viață. El va lupta împotriva

asociațiilor libere pentru că simte că se intră într-un teritoriu nesigur unde este amenințată

39

lumea pe care și-a făurit-o pacientul. Mai mult, unele din dorințele și tendințele inconștiente ale pacientului sunt de așa natură încât odată ajunse în conștiință nu pot fi acceptate de el, cel puțin la început, pentru că sunt prea terifiante. Pacientul este speriat de propriile sale tendințe și dorințe pe care nu le poate admite. Nu ignoranța, necunoașterea propriilor sale probleme, ci rezistențele îl împiedică pe pacient să-și înțeleagă dificultățile. Sarcina terapiei este să analizeze rezistențele pentru a demonstra pacientului în ce măsură acestea îi împiedică să afle cauza a ceea ce îl provoacă disconfortul prezent.

Ultimul tip de rezistență se manifestă atunci când pacientul renunță la psihoterapie. Pentru a depăși această situație este nevoie de un transfer puternic asupra terapeutului. Spre sfârșitul terapiei relația transferențială slăbește și pacientul învață treptat să facă față singur situațiilor, să se bazeze pe sine însuși. Din timp în timp se reactivează vechile tendințe care se vor manifesta în reapariția sentimentelor de frustrare, trăire ce se soldează cu noi încercări ale pacientului de a sta pe propriile sale picioare. Ego-ul pacientului devine treptat tot mai puternic până în momentul când este capabil să renunțe la dependența sa față de terapeut.

Contratransferul

Psihanaliza reprezintă în mare măsură o experiență emoțională pentru pacient, dar și pentru psihanalist, la care se poate manifesta sub forma contratransferului în cursul căruia acesta răspunde emoțional la solicitările afective ale pacientului.

Analiza didactică pe care trebuie să-o facă orice viitor psihanalist trebuie să împiedice apariția contratransferului. Cu toate acestea analiza nu

40

este absolută și mai există uneori zone neexplorate la nivelul personalității terapeutului. Controlul sentimentelor față de pacient, fără însă a deveni nereceptiv și lipsit de înțelegere umană, este problema fiecărui terapeut. Acesta trebuie să aibă înțelegere față de pacient, să fie receptiv la problemele acestuia, dar în același timp să-și controleze propriile sentimente și atitudini. Analiza Ego-ului

Analiza funcțiilor Ego-ului reprezintă, de asemenea, un proces important în cadrul psihanalizei.

După cum afirmă French (1947), există în psihanaliză și o practică standard de a nu trece la interpretările Id-ului până când nu se realizează analiza forței și naturii specifice a atitudinilor conștiente și comportamentului subiectului care pot influența punerea în acțiune a rezistențelor la diverse interpretări. Aceasta este „analiza ego-ului”.

Aceasta înseamnă că analistul tinde să înțeleagă nu numai care sunt rădăcinile trecute ale problemelor actuale, ci și ce aspecte curente ale vieții pacientului sunt active la un moment dat. Deci terapeutul lucrează întâi prezentul; el nu poate analiza de fapt trecutul, ci doar îl reconstruiește.

Subliniind rolul întăririi funcțiilor integrative ale ego-ului, French (1945) arată că analistul nu trebuie să se axeze doar pe impulsurile reprimite și pe mecanismele de apărare ale ego-ului ci și asupra problemelor actuale pentru care ego-ul caută să găsească o soluție. Interpretările

Pe măsură ce ședințele se desfășoară apar semnificații și conexiuni legate de problemele de bază ale pacientului. Bineînțeles, analistul este primul care începe să dezvăluie conținuturi

41

semnificative în aparenta dezordine a informațiilor ce rezultă din materialul produs de pacient.

Decizia când anume trebuie să se facă o interpretare unui pacient este luată în funcție de aprecierea terapeutului în ce măsură pacientul poate face față respectivei interpretări. Această apreciere depinde, la rândul său, de existența transferului și de înțelegerea mecanismelor de apărare a ego-ului.

Interpretările făcute prea timpuriu de către un analist amator pot arunca un pre-psihotic în criză sau un anxios într-o stare de panică. Interpretarea nu este un sfat, o sugestie, o încercare de influențare a pacientului sau o proiectare a opiniilor și atitudinilor analistului, în același timp, interpretările date de analist nu sunt irefutabile, validitatea lor depinde de verificarea lor de către pacient în ședințele viitoare, prin mecanismul asociațiilor libere și cel al analizei viselor.

Interpretarea analitică constă deci în aceea că terapeutul ordonează materialul discontinuu produs de pacient în cursul asociațiilor libere și analizei viselor, conferindu-i o explicație cu sens prin prisma conceptelor psihanalitice. Aceste interpretări realizate de psihoterapeu îi ajută pe pacient să obțină insight-ul cu privire la conținuturi inconștiente, surse ale unor comportamente dezadaptative. Arta interpretărilor are drept scop principal, după Freud, identificarea rezistențelor pe măsură ce ele apar și determinare a pacientului să devină conștient de ele. Când rezistențele sunt eliminate pacientul poate proceda, prin intermediul asociațiilor libere, la abordarea materialului reprimat, aducând în conștiință conținutul inconștient.

Prelucrările asupra materialului produs de pacient

Prelucrarea este un proces descris ca reprezentând continuarea demersului analitic sub forma unor interpretări specifice ulterioare în ciuda eșecului pacientului de a accepta sau asimila emoțional interpretările sau construcțiile inițiale oferite de terapeut și care se referă la anumite aspecte ale personalității pacientului. Acest procedeu este foarte costisitor sub aspectul timpului, el „mâncând” multe ore de psihanaliză. Pacientul tinde mereu să se întoarcă spre comportamentele sale infantile, iar terapeutul nu face altceva decât să aibă răbdare și să aștepte reluând materialul propus mereu, din diferite unghiuri de vedere așa cum sugerează Freud, sau, devenind mai activ, așa cum este de părere Ferenczi (1926). Putem spune, așadar, că demersurile psihanalizei sunt (Krauss, 1980):

- clarificarea, care înseamnă a pune un anumit eveniment sub lumina reflectorului atenției, separând aspectele esențiale de cele neesențiale;
- interpretarea care caută ceea ce se ascunde în spatele materialului furnizat de pacient, subliniind cauzele și sensul unui material sau proces;
- prelucrarea asupra materialului asociativ, care reprezintă o explorare progresivă, repetitivă a interpretărilor și rezistențelor care apar în cursul interpretărilor, până ce semnificațiile psihologice ascunse sunt pe deplin integrate și înțelese de pacient. Terminarea curei analitice

Cu privire la această problemă nu există un răspuns standard. Încă Freud era de părere

că din punct de vedere teoretic există și analize care se prelungesc un timp nedefinit. Scopul psihanalizei nu constă doar din a-l ajuta pe pacient să rezolve o anumită problemă specifică, ci mai degrabă să -și pună în acțiune resursele psihice pe baza cărora va putea face față oricărei probleme de natură emoțională.

Odată ce s-a obținut „insight”-ul pacientul trebuie să devină capabil să facă față unor probleme diferite de viață. Acesta este procesul psihoterapeutic de reeducare. Psihanaliștii consideră că acest proces este posibil după ce pacienții și-au examinat, conștientizat și înțeles propriile probleme și reacții.

Atâta timp cât psihanaliza este considerată o terapie de reconstrucție a personalității și nu una centrată pe simptom, este necesar ca o cură să aibă ca efect schimbări în sfera personalității.

Oberdorfer (cit. Watson, 1963), pe baza unor chestionare, a demonstrat că rezultatele terapiei analitice sunt pertinente pentru că:

- pacientul dobândește capacitatea de a -și accepta sexualitatea;
- obține o mai bună adaptare socială;
- dobândește înțelegerea mecanismelor care stau la baza dificultăților sale actuale.

După Lorand (cit. Watson, 1963) alte criterii ar mai fi:

- reducerea tendinței de a deveni anxios, de a avea comportamente regresive, de a evita realitatea;
- dezvoltarea unor atitudini pozitive de toleranță și acceptare a celorlalți. Dispariția amneziei infantile este considerată de unii autori un indicator important al succesului curei psihanalitice. Dacă subiectul mai păs -

trează amnezie referitoare la perioada primilor cinci ani de viață, atunci analiza nu este considerată completă. Asupra acestui criteriu există astăzi discuții.

Este importantă, de asemenea, dizolvarea relației transferului care s-a dovedit operativ pe parcursul desfășurării analizei. Atâta timp cât subiectul mai are relații de tip infantil cu un părinte sau cu o figură parentală reprezentată de psihanalist - cel analizat rămâne în continuare infantil sub aspect emoțional, în concluzie, putem spune că în psihanaliză procesul psihoterapeutic funcționează, în principal, pe baza a trei aspecte:

- abreacția sau descărcarea emoțională (catharsisul);
- insight-ul sau înțelegerea imediată a problemelor;
- apariția conștientizării unor conținuturi de natură inconștientă (a amintirilor refulate, amintiri ce aparțin mai ales copilăriei).

PSIHOTERAPIA DINAMICA POST-FREUDIANĂ

Modelul prototip pentru terapiile dinamice este psihanaliza clasică întemeiată de Freud. Celelalte terapii de orientare analitică aduc modificări atât sub aspect conceptual, teoretic, cât și sub aspect metodologic (durata terapiei, cazuistica abordată). Aceste sisteme încearcă să depășească parțial sau total accentul exagerat pus de Freud asupra aspectelor biologice ale personalității, subliniindu -se și rolul unor aspecte sociale, etice și culturale în determinismul psihismului uman (Adler; Horney; Sullivan; Fromm; Reichman; Meyer; Masserman și alții). Jung lărgeste temporalitatea personalității umane, accentuând ceea ce el denumea

trecutul său primordial, iar Rank, Aler, Deutsch și Karpman extind sfera procedeele de tratament precum și scopurile psihoterapiei.

Se încearcă și remanierea relației pacient-terapeut indicându-se ca terapeutul să fie mai flexibil, mai direct și/sau mai activ în relația cu pacientul (Adler; Sullivan; Rank; Alexander; Stekel; Ferenczi; Rosen).

Deși încă mulți psihanaliști continuă să fie adepții curei psihanalitice clasice de termen lung, care poate dura ani de zile, au apărut și reprezentanți ai unor psihoterapii analitice de scurtă durată.

Mann (1973) descrie așa-numită „psihoterapie limitată în timp”. Această abordare, centrată în principal asupra reducerii simptomelor, utilizează metodele psihodinamice în cursul unui tratament care durează douăsprezece ședințe. Poate că cel mai extins program de psihoterapie dinamică de scurtă durată, care cuprinde și cea mai importantă componentă de evaluare aparține lui Strupp și colaboratorilor (Strupp, 1981, cit. Coleman; Butcher; Carson, 1984). Acest sistem, cunoscut sub denumirea de „psihoterapie dinamică limitată în timp”, merge mai departe decât programul lui Mann bazat doar pe reducere de simptome, având pretenția de a produce modificări durabile în sfera personalității pacienților în cursul unei terapii care durează 25-30 de ședințe. Au mai apărut și alte diferențe în psihoterapia dinamică contemporană. Astfel, terapeuții analiști tind să acorde o atenție mai mare funcțiilor ego-ului, considerându-l pe acesta ca pe un factor de dezvoltare și de control al vieții individuale (Hartman, 1958). Astfel, omul

este considerat ca o ființă care este mai capabilă de a se autocontrola și mai puțin dominată de experiențele refulate ce țin de sexualitatea timpurie, ca în psihanaliza tradițională.

Deși evenimentele din copilărie sunt în continuare considerate ca experiențe formative importante, psihanaliștii contemporani pun un accent ceva mai mare pe relațiile interpersonale și pe situațiile actuale ale pacientului. Există diferențe de opinii între psihanaliști și în ceea ce privește cazuistica abordată. Dacă psihanaliștii ortodocși lucrează doar cu cazuri considerate în mod clasic ca fiind potrivite pentru psihanaliză (fobii, acte compulsiv-obsesive, stări anxioase, isterii), alți psihanaliști au curajul să abordeze și cazuri mai dificile cum ar fi, de pildă, personalitățile schizoide, paranoide sau pacienții cu depresii moderate. În ciuda acestor modificări psihanaliza este criticată și astăzi de mulți autori mai ales pentru durata ei prea lungă (fapt ce o face să fie și foarte costisitoare pentru pacient), pentru faptul că se bazează pe o teorie discutabilă asupra naturii umane, pentru neglijarea problemelor curente ale pacienților și accentuarea conflictelor inconștiente timpurii.

Deoarece își propune o restructurare profundă a personalității, ea are un câmp de aplicare mai restrâns, fiind potrivită pentru persoane cu inteligență medie sau peste medie, cu o situație financiară bună și care nu suferă de boli psihice majore.

Cu toate acestea, există multe mărturii din partea unor persoane care au beneficiat de pe urma psihanalizei care i-a ajutat să se auto-cunoască și să se înțeleagă mai bine, să se elibereze de anxietate și conflicte interioare și să-și îmbunătățească relațiile interpersonale.

PSIHOPATII EXPERIENȚIALE

ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ EXPERIENȚIALĂ

Psihoterapeuții aparținând acestei orientări critice atitudinile deterministe și defetiste ale psihoterapeuților conservatori începând cu Freud, în legătură cu personalitatea umană. Aceste atitudini consideră omul ca fiind implacabil determinat și supus instinctelor și conflictelor inconștiente reprimite care îi ghidează întreaga existență și devenire. Ei afirmă că abordarea comportamentalistă ca și cea dinamică fac din om un automat care este depersonalizat, compartimentat condus, programat și analizat.

Demersul experiențial reprezintă o valorificarea disponibilităților ființei umane, o realizare a universalității sale și are drept obiectiv principal contracararea alienării. Psihoterapia este dedicată depășirii experienței umane obișnuite. Astfel, Frankl (1966) arată că omul este străbătut de dorința de a găsi și de a îndeplini un sens în cursul existenței sale. Obiectele terapiei sunt atât interpersonale cât și intrapersonale.

După Arendsen - Hein (1974) nivelul intrapersonal se referă la descoperirea ego-ului propriu, a propriei sale individualități, a stărilor sale emoționale și a modului în care se reflectă acestea în corpul fizic.

Obiectivul transpersonal

al terapiei se referă la orientarea spirituală, la orientarea omului în raport cu realitatea ultimă, la unitatea omului cu universul, cu planul cosmic, unitate prin intermediul căreia omul reușește să depășească limitele propriului său eu, contopind u-se într-o conștiință universală. Psihoterapia experiențialistă consideră omul ca pe o entitate activă, auto-afirmativă, cu un potențial latent care trebuie valorificat. Se optează astfel mai

curând pentru autoperfecționare decât pentru vindecarea unor simptome sau boli. Scopul psihoterapiei îl reprezintă conștientizarea maximală a propriului eu sau atingerea unui nivel superior de conștiință prin care omul să devină conștient de semnificația lumii sale interne și externe și în același timp să fie capabil să -o construiască. Experiențialiștii pun accent pe autodeterminare, creativitate și autenticitatea ființei umane, pe integrarea corpului cu mintea și spiritului omului.

Orientarea experiențială are la bază filozofia existențialistă europeană preocupată de trăirea și devenirea ființei umane. La aceasta se adaugă contribuția filozofoilor și tehnicilor orientale de autodesăvârșire.

Tulburările psihopatologice sunt privite ca expresii ale scăderii potențialului uman, ca un blocaj sau ca o pierdere a legăturii cu propria sa experiență internă. Personalitatea nevrotică este o personalitate fragmentată și reprimată, reprimarea fiind privită nu ca în psihoterapia dinamică ca având o natură eminamente instinctuală, ci ca un fenomen ontologic: pierderea sensului existenței și blocarea posibilităților de manifestare ale eului. Astfel, nevroza devine o expresie a disperării existențiale rezultate din înstrăinarea eului de sine însuși și de lumea sa, iar anxietatea

49

reprezintă teama omului de a se confrunta cu propriile sale limite și cu consecințele acestora - moartea și sentimentul nimicniciei. Originile sentimentului de culpabilitate sunt în ignorarea propriilor posibilități pentru valorificarea cărora omul este unicul responsabil. Idealul psihoterapiei este crearea omului "spon tan, activ, creativ, autentic. Școala psihoterapeutică experiențială pune accent pe trăirea emoțiilor și experienței prezente. Trăirea experienței este mai degrabă un proces afectiv decât cognitiv, personal și inobservabil de către o altă persoană. Acest proces subiectiv conduce ulterior la conceptualizare el fiind inițial implicit și căpătând semnificații profunde pentru subiect o dată cu atingerea obiectivelor psihoterapiei. Schimbările terapeutice rezultă în urma procesului trăirii experienței prin care semnificațiile implicite ale evenimentelor ajung în conștiință, sunt puternic și direct simțite și sunt modificate chiar fără a fi în mod expres verbalizate.

La aceste schimbări terapeutice contribuie în mod substanțial și relația dintre pacient și psihoterapeut. Una dintre ideile de bază ale acestei orientări este teza lui Rogers conform căreia orice organism are tendința înăscută de a-și dezvolta capacitățile la nivel optim atunci când este plasat în condiții optime. Dacă înțelegem acest adevăr, pacientul capătă o imagine optimistă despre propria sa persoană care este privită ca fiind valoroasă și cu multe disponibilități ce trebuie realizate. Terapeutul nu trebuie să încerce să -l modifice pe pacient, ci doar să-i ofere un mediu plin de căldură și înțelegere în care acesta să-și poată actualiza posibilitățile. Deci, conform acestei orientări, terapeutul nu este altceva decât un fel de catalizator care-l

50

ajută pe pacient să-și valorifice disponibilitățile latente și să-i restructureze propria sa personalitate. Relația terapeutică este în acest tip de terapie o relație umană mutuală, încărcată afectiv în cadrul căreia fiecare dintre cei doi parteneri încearcă în mod sincer și deschis să comunice unul cu altul atât prin mijloace verbale cât și non-verbale. Terapeutul nu intră în această relație ca un specialist, ci ca o ființă omenească, ca o persoană care inițiază o relație cu o altă persoană.

Terapeuții experiențialiști nu sunt partizanii unei relații de tip părinte - copil ca în psihoterapia dinamică, nici profesor - elev ca în psihoterapia comportamentalistă, ei optând pentru o relație mai echilibrată cum ar fi cea dintre prieteni sau soți.

Trebuie subliniat faptul că în cadrul orientării experiențialiste există o serie de școli psihoterapeutice diferite. Aceste școli, în marea lor majoritate, de orientare existențialistă nu pun accent pe o anumită tehnică în abordarea și înțelegerea ființei umane, ei considerând chiar că în cultura occidentală s -a făcut abuz de tehnici și metode la care a fost supus omul. Pentru acești terapeuți contează în mai mică măsură ceea ce face terapeutul, ci mai mult contextul psihoterapiei și ceea ce este terapeutul. Acesta din urmă nu analizează trecutul pacientului sau mecanismele transferului și contratransferului ca în terapiile dinamice, nu stabilește pentru pacient scopuri și obiective impunându -și personalitatea asupra acestuia ca în terapiile comportamentale, ci oferă pacientului posibilitatea de a -și controla din interior propriul proces de vindecare.

Dacă unele școli pun accent pe comunicarea verbală dintre terapeut și pacient, altele în

51

schimb subliniază mai mult abordările non-verbale, considerând că mai importantă este activitatea decât reflecția, a face decât a spune, scopul final fiind combinarea acțiunii cu introspecția.

Scopul trăirii experienței personale include conștientizarea senzațiilor corporale, a pozițiilor, a tensiunilor musculare, a mișcărilor, a proceselor fiziologice din organism. Conștientizarea corporală are un efect

energizant și activator asupra subiectului. Printre tehnicile care facilitează exprimarea eului pacientului sunt incluse tehnicile dramatice, de jucare de rol sau imaginație dirijată. Fantezia, reveria sunt considerate preferabile exprimărilor verbale seci, interpretărilor și ab ordării strict cognitive. Pentru conștientizarea senzațiilor corporale se utilizează tehnici de relaxare musculară, tehnici psihosomatice orientale și chiar manevre executate asupra corpului (masaj, presopunctură). Pentru atingerea obiectivului celui mai înalt al acestei terapii - unirea trupului cu mintea și cu spiritul - unele școli utilizează tehnici meditative, inspirate din culturile orientale. Starea de relaxare profundă servește, conform acestor orientări, transcenderii ego - ului individual și contopirea cu ceea ce ei numesc conștiință universală. După cum se poate lesne observa acest obiectiv este specific unui mare număr de sisteme religioase.

În scop terapeutic și autoformativ se utilizează și tehnici de educare a voinței, de concentrare a atenției și de relaxare prin pronunțarea mentală a unor sunete - mantră - așa cum se întâmplă în cadrul meditației transcendente. Orientarea experiențialistă cuprinde, după cum am mai arătat, mai multe direcții, dintre care cele mai importante sunt (Karasu, 1980):

52

- Direcția filozofică, care pune la baza demersului psihoterapeutic filozofia existențialistă, tehnica utilizată fiind cea a dialogului mutual pe bază de tehnică verbală (cum se întâmplă în terapia centrată asupra clientului a lui R o - g e r s sau în logoterapia lui F r a n k l i n).
- Direcția psihosomatică, care pune un accent mai mare pe tehnici non -verbale, considerând că autoactualizarea eului se poate realiza mai bine prin concentrarea atenției asupra corpului propriu, a senzațiilor acestuia și a răspunsurilor senzoriale (G e s t a 11 - terapia lui P e a r l s) sau printr-o abreacție puternică a unor stări emoționale - analiza bioenergetică a lui L o - w e n sau metoda strigătului primar a lui J a n o v i c.
- Abordarea spirituală, asemănătoare cu cea religioasă, care pune accentul pe experiența transcendentă sau transpersonală, ce implică depășirea nivelului conștiinței individuale și ridicarea omului la nivele superioare de conștiință, urmărind scopul ultim de contopire al acestuia cu conștiința universală sau cosmică. Acest obiectiv se atinge prin renunțarea la regulile de conduită dictate de ego - ul individual, prin relaxare, concentrare, autodisciplină, antrenament al voinței și meditație (Meditația Transcendentală sau Psihosinteza lui A s s a g i o i i).

PSIHOTERAPIA CENTRATA PE CLIENT (R o g e r s)

Psihoterapia centrată pe client (sau pe persoană) s-a dezvoltat începând cu anii 1940 ca o puternică reacție față de psihanaliză. R o - g e r s a negat opiniile lui F r e u d cu privire la primatul instincțelor iraționale asupra comportamentului uman, cât și rolul dominant al psiho -terapeutului în calitate de interpret și conducător al procesului psihoterapeutic. În 1942

53

Cari Rogers a publicat lucrarea denumită „Psihoterapia non -directivă” în cadrul căreia termenul de pacient este înlocuit cu cel de client. Ulterior sistemul său psihoterapeutic va primi și denumirea de „psihoterapie centrată pe client”, încrezător în forțele naturale de autovindecare ale organismului, el a văzut în psihoterapie un proces de îndepărtare a constrângerilor care împiedică acest proces să se manifeste. Aceste constrângeri au sursa în solicitările nerealiste pe care și le autoimpun oamenii când își imaginează că nu trebuie să trăiască un anumit gen de sentimente cum ar fi, de pildă, cel de ostilitate. Negând faptul că ei au astfel de sentimente, aceștia nu mai sunt conștienți de natura reacțiilor lor și în felul acesta pierd contactul cu experiența lor autentică, rezultatul fiind un nivel de integrare psihică mai scăzut, relații interpersonale falsificate și diferite forme de dezadaptare. Obiectivul principal al psihoterapiei rogersiene este rezolvarea acestei incongruențe, respectiv ajutarea pacientului să se accepte pe sine.

Terapeutul stabilește un astfel de climat psihologic în cadrul căruia clientul se simte acceptat în mod necondiționat, înțeles și valorizat ca persoană, în acest climat el se simte liber pentru prima dată să -și exploreze gândurile și sentimentele reale, acceptându -și ura, furia sau alte sentimente „urâte ” ca părți ale propriei persoane.

Pe măsură ce conceptul de sine devine tot mai corespunzător cu actuala experiență, oamenii devin tot mai toleranți cu ei înșiși, tot mai deschiși la noi experiențe și perspective, tot mai bine integrați.

În terapia centrată pe client, terapie denumită și non -directivă, dirijarea procesului terapeutic nu este sarcina psihoterapeutului. Acesta nu dă

54

răspunsuri sau interpretări, nu sesizează prezența conflictelor inconștiente și nici măcar nu intervine activ în discursul pacientului. Terapeutul nu face decât să asculte cu atenție și cu o atitudine de acceptare ceea ce spune clientul, întrerupând doar pentru a formula cu alte cuvinte ceea ce a vrut să spună acesta. Aceste

reformulări, fără a conține în ele interpretări sau evaluări, fi ajută pe client să-și clarifice sentimentele și ideile pe care le explorează, să le privească mai atent și să le conștientizeze.

Psihoterapia non-directivă se deosebește de alte abordări prin patru trăsături esențiale, descrise încă de Rogers:

1. Se acordă o mai mare autonomie și independență individului, considerându-se că acesta are o capacitate spontană de evoluție.
2. Noua abordare pune un accent mai mare în cadrul psihoterapiei pe factorii de natură emoțională decât pe cei intelectuali.
3. Se acordă mai multă atenție evenimentelor actuale și nu celor din istoria individului (așa cum se întâmplă în cazul psihanalizei).
4. Relația psihoterapeutică este privită ca o experiență evolutivă.

Încă din 1942, Rogers formulează ipoteza de bază de la care pornește psihoterapia non-directivă: „O consiliere eficientă trebuie să aibă la bază o relație bine structurată dar permisivă, care trebuie să-l ajute pe client să se înțeleagă pe sine însuși în asemenea măsură încât să fie capabil să facă pași pe linia unei noi orientări” (cit. Watson, p. 636). Rolul psihoterapeutului în cadrul psihoterapiei non-directive

Psihoterapeutul are, în cadrul acestei orientări, o atitudine pasivă -stereotipă de acceptare totală a ceea ce se spune, reformulează cele afirmate

55

de pacient, recunoaște sentimentele pacientului și îi ajută să și le clarifice. S-ar putea crede că această atitudine de acceptare pasivă ascunde un dezinteres față de problemele pacientului (frecvent terapeutul nu spune decât da-da, sau repetă cu alte cuvinte ceea ce a spus pacientul), în realitate, abordarea non-directivă este încărcată de căldură afectivă și înțelegere umană, în cazul în care transferul se produce în timpul psihoterapiei non-directive, acesta este rezolvat într-o manieră lipsită de amenințare acționând asupra înlăturării rezistențelor și eliberând procesele de evoluție spontană din interiorul psihismului subiectului și aceasta se realizează datorită permisivității și neutralității psihoterapeutului. Condițiile relației psihoterapeutice non-directive după Rogers sunt următoarele:

- Terapeutul trebuie să se conducă după principiul că individul aflat în terapie este responsabil pentru el însuși și este de dorit pentru individ să-și asume această responsabilitate.
- Terapeutul trebuie să fie de acord cu faptul că clientul său are în interiorul său o puternică dorință de a deveni matur, adaptat social, independent, productiv, de a se baza pe propriile sale forțe pentru modificarea terapeutică.
- Terapeutul trebuie să creeze o atmosferă caldă și permisivă, atmosferă în care individul este liber să-și exprime orice atitudine, trăire sau gând, indiferent cât de neconvenționale, absurde sau contradictorii ar fi acestea.
- Terapeutul nu pune clientului limitări în ceea ce privesc atitudinile, ci doar în ceea ce privește comportamentul (acest lucru este valabil mai ales pentru copii; copilului nu i se dă voie să spargă geamul cabinetului, dar poate să exprime sentimentul că ar dori să o facă).

56

- Terapeutul utilizează numai astfel de tehnici și procedee care să conducă pe pacient la o înțelegere profundă a propriilor sale atitudini și stări emoționale și la autoacceptarea acestora. Această înțelegere se realizează cel mai bine prin reflecții încărcate de sensibilitate și prin clarificarea atitudinilor clientului. Acceptarea realizată de terapeut nu trebuie să implice nici aprobare, nici dezaprobare.
- Terapeutul trebuie să se abțină de la orice exprimare sau acțiune contrară principiilor anterior formulate. Aceasta înseamnă că el trebuie de fapt să se abțină de a întreba, dovedi, interpreta, sfătui, sugera, convinge, asigura. Printr-un astfel de acțiune terapeutul acordă încredere pacientului considerând că acesta își poate rezolva singur problemele și poate lua singur decizii. Terapeutul (consilier) se concentrează mai ales asupra a ceea ce simte pacientul, sentimente care pot fi descifrate din afirmațiile acestuia, astfel încât să poată selecta și clarifica aceste sentimente. Trebuie să recunoaștem că o astfel de atitudine, departe de a fi pasivă, cum pare la prima vedere, reclamă multă disciplină și auto-vigilență din partea terapeutului. Trăsăturile caracteristice ale psihoterapiei non-directive

Rogers (1946) se referă la trei caracteristici care diferențiază cel mai bine abordarea non-directivă.

Aceste trăsături specifice psihoterapeutice sunt: natura previzibilă a procesului terapeutic non-directiv; descoperirea forțelor constructive ascunse în interiorul pacientului și relația terapeutică centrată pe client.

După Rogers, descoperirea ca atare a forțelor creatoare din om nu este originală prin ea însăși. Și alți terapeuți s-au referit la aceste

57

forțe evolutive, dar ei nu au crezut că acestea pot fi puse în mișcare singure, ei căutând să le direcționeze și intervenind practic în desfășurarea procesului respectiv. Rogers consideră că tocmai această acceptare și lipsă de direcționare a pacientului, care înseamnă acordarea unei încrederi totale, este cea care stimulează punerea în acțiune a acestor forțe creatoare.

În ceea ce privește caracterul centrat pe client al relației psihoterapeutice, trebuie subliniat faptul că pacientul este înțeles în cursul relației terapeutice în același mod în care el se înțelege pe el însuși. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie acceptat total și din toată inima. Imaginea de sine în psihoterapia non-direktivă Raimy (1948) a realizat un studiu asupra modificărilor de personalitate realizate de pacient în urma psihoterapiei non-directive. În urma acestui studiu a rezultat concluzia că ameliorarea pacientului depinde în primul rând de imaginea sa de sine, cât și de modul în care acesta percepe obiectele și persoanele din jurul său. El a găsit că la subiecții care au obținut succes în urma practicării acestui tip de psihoterapie au crescut aprecierile pozitive la sfârșitul psihoterapiei comparativ cu începutul ei, în timp ce numărul autoaprecierilor negative sau ambivalențe a scăzut, ceea ce nu s-a petrecut la cazurile nereușite. Există unele controverse în ceea ce privește aplicabilitatea psihoterapiei non-directive. Unii entuziaști au considerat-o ca pe un panaceu universal, pentru orice fel de dificultate psihologică. Această poziție se bazează mai ales pe faptul că Rogers a negat importanța și necesitatea psihodiagnozei înainte de începerea tratamentului psihoterapeutic.

58

Alți terapeuți sunt de părere că această tehnică psihoterapeutică se potrivește doar în cazul unor pacienți nevrotici sau o aplică în cadrul unor ședințe de psihoterapie, combinând-o cu alte metode în cadrul unui demers eclectic. Studiile clinice au demonstrat faptul că psihoterapia non-direktivă este mai eficientă în cazul unor subiecți relativ normali (cu probleme de viață, acuze nevrotiforme), deși Rogers afirmă că ar exista posibilitatea utilizării ei și la psihotici și spitalizați (aflați sub control). Snyder (1948) a ajuns la concluzia că psihoterapia non-direktivă este utilă în cazul tinerilor deoarece la aceștia problemele își au originea mai mult în interior decât în surse de natură externă. De asemenea, acest gen de psihoterapie are succes în cazul tulburărilor de adaptare maritală, al consilierii vocaționale, al relațiilor dintre părinți și copii, cât și în cazul persoanelor cu tulburări nevrotice ușoare și moderate (în mod special în cazul stărilor anxioase și a unor sindroame isterice). Psihoterapia non-direktivă se utilizează ceva mai puțin în cazul psihoticilor, a pacienților cu inteligență scăzută, a celor trecuți de cincizeci de ani, a celor care au dificultăți de verbalizare (inclusiv în cazul celor tulburați emoțional și care se blochează atunci când li se cere să se exprime), cât și în cazul persoanelor excesiv de dependente.

Thorne (1944, 1948), un critic sever al psihoterapiei non-directive, este de părere că de la un caz la altul sau pentru același pacient, de la o ședință la alta gradul de direcționare al pacientului sau dimpotrivă gradul de non-direc-tivism trebuie să fie diferit. Aceasta reprezintă poziția multor psihoterape- uți care utilizează abordarea non-direktivă numai din când în când, atunci când situația o

59

cere, considerând că doar puține cazuri sunt potrivite pentru demersul non -directiv pur. În lucrările sale ulterioare (Rogers, 1967) începe să-și deplaseze atenția de la psihoterapia individuală la psihoterapia de grup, elaborând propria sa versiune de „grup de întâlnire” (ecounter group). Acest grup permite realizarea unei trăiri foarte intense și plene în cadrul căreia persoane alienate față de ele însele, față de ceilalți și față de societate pot intra în contacte emoționale mai autentice prin intermediul întâlnirii cu propriul eu, cu ceilalți și cu lumea semnificațiilor și trăirilor. Rogers abordează trei mari teme în cadrul grupurilor sale de întâlnire:

- În primul rând el presupune că experiența în cadrul grupului poate produce modificări permanente la nivelul personalității individului și astfel scopurile dezvoltării personale și cele ale grupului nu mai apar ca fiind separate.

- Sunt stimulate confruntările autentice la nivelul grupului, chiar dacă la un moment dat o astfel de confruntare poate părea negativă și în mod potențial nocivă pentru unul din membrii grupului. O exprimare sinceră și deschisă a unor sentimente negative se dovedește în cele din urmă de folos pentru termen lung. Dacă însă apare o afirmație cu notă de sadism, un membru al grupului său, liderul, își exprimă deschis impresia cu privire la respectiva afirmație, aducând la lumină motivele ascunse care stau la baza ei.

- În al treilea rând, Rogers nu este interesat de dinamica de grup în sine cum se întâmplă în cazul majorității terapiilor de grup, interesul său de bază rămânând centrat asupra conștientizării, exprimării și acceptării propriilor sentimente de către fiecare membru al grupului.

60

Grupul de întâlnire are nevoie pentru a-și îndeplini rolul psihoterapeutic să fie coeziv, membrii grupului

acordându-și încrederea unii altora, iar terapeutul ca leader al grupului facilitează procesele ce se petrec în grup la nivel minimal, ca în cazul psihoterapiei non -directive sau centrate pe client.

Prezentăm, pentru exemplificare, un fragment dintr-un dialog terapeutic (R o g e r s, 1951, cit. Coleman; Butcher, Carassu 1984, p. 658-659):

Alice: Mă gândeam la felul cum mă port la serviciu. Mi-am făcut un obicei să încerc să fac oamenii să se simtă bine în jurul meu, să aplanez conflictele.

Consilierul: Cu alte cuvinte, faci eforturi ca lucrurile din jurul tău să se desfășoare cât mai lin și oamenii să se simtă cât mai în largul lor.

Alice: Da. Cred că asta este. Motivul pentru care o fac nu este că aș fi „bunul samaritean” care încearcă să-i facă pe ceilalți fericiți, ci pentru că mi-e mai ușor să joc rolul ăsta. L-am jucat mult timp și acasă. Nu mi-am susținut niciodată cu tărie convingerile, în cazul în care am avut cu adevărat vreo convingere, pe care s-o apăr. Consilierul: Simți că de mult timp joci rolul per soanei drăguțe care netezește asperitățile și aplanează conflictele? Alice: Da. Consilierul: Mai degrabă decât să ai propriile

tale opinii sau reacții. Nu-i așa? Alice: Asta este. Nu am fost nicio dată cu adevărat eu însămi sau nu am știut care este eul meu real. Ar trebui să joc propriul meu rol, pe care nu-l poate juca nimeni altcineva și care ar trebui jucat. Voi încerca

61

să dau viață acestui rol. (Rogers, 1951, p. 152-153).

Rogers nu a fost numai un talentat psihoterapeut și un creator de sistem propriu, ci și un pasionat cercetător în domeniul psiho-terapiei.

Din analiza protocoalelor înregistrate în timpul psihoterapiei el a reușit să tragă concluzii cu privire la atitudinea și comportamentul pacientului în diferite stadii ale psihoterapiei. Astfel, primele ședințe psihoterapeutice sunt dominate de sentimente negative și de descurajarea pacientului. După un timp apar sentimente de speranță și o mai bună auto -acceptare din partea pacientului. Eventual pot să apară sentimente pozitive, căutarea companiei altora și făurirea unor planuri de viitor. Aceste elemente l-au încurajat pe Rogers să creadă în ipoteza că dacă oamenii devin liberi s-o facă, ei au în interiorul lor capacitatea de a merge pe drumul sănătății psihice.

Psihoterapia centrată pe client, în formă pură, este rar utilizată în zilele noastre, dar această orientare a pus bazele unei multitudini de terapii orientate umanist, terapii care pun accentul pe problemele actuale aflate în conștiința clientului și în cadrul cărora acesta este considerat per sonajul principal al procesului curativ, terapeutul acționând doar ca un catalizator. Noile orientări umaniste acceptă conceptul lui Rogers de „eu activ”, capabil de opțiuni valorice sănătoase. Se accentuează, de asemenea, asupra empatiei, căldurii autentice și atitudinii pozitive necondiționate din partea terapeutului.

Aceste sisteme psihoterapeutice diferă de forma originală a psihoterapiei centrate pe client prin aceea că a găsit diverse tehnici prin care terapeutul, în afara simplelor reflecții și

62

clarificări, îi poate ajuta pe pacient să-și descopere eul integral. Psihoterapia existențialistă Variantă a psihoterapiilor experiențiale, perspectiva existențialistă accentuează importanța situației de viață așa cum este ea trăită de individ.

Existențialiștii sunt profund preocupați de des tinerile omenirii, de slăbirea credințelor tradiționale, de alienarea și depersonalizarea omului în societatea contemporană, de lipsa de sens a vieții în dividualui, în același timp ei consideră că oamenii dispun de un mare grad de libertate interioară datorită căruia sunt capabili să facă ceva cu privire la viitorul lor și au responsabilitatea de a -și făuri destinul cât mai bine posibil.

Capacitatea omului de a fi conștient, de a reflecta asupra existenței, de a-și pune diverse probleme îl pune pe acesta față în față cu responsabilitatea existenței sale, a deciziei ce fel de om dorește să fie, cu responsabilitatea stabilirii propriului său sistem de valori și a actualizării potențialităților sale latente.

Aplicarea filozofiei existențialiste la înțelegerea problematicii umane în scopul de a -i ajuta pe oameni să se înțeleagă mai bine pe sine și viața lor, a fost realizată de -a lungul anilor de către mai mulți teoreticieni în domeniul psihologiei incluzând pe Binswanger (1942) și pe May, Angel și Ellenberger (1958).

Psihanalistul Binswanger a aplicat ideile existențialiste în cadrul terapiei psihanalitice, fapt ce a dus la metoda denumită „Analiza sinelui” (Das einanalyse) sau „Analiza existențială”.

May și colaboratorii au pus bazele la ceea ce a devenit deja clasică analiză existențială.

63

Psihoterapeuții existențialiști nu se limitează la investigarea stărilor conștiente și inconștiente, ci îl ajută pe

individ să-și reconstruiască lumea interioară prin concentrarea asupra lumii externe, înconjurătoare. Majoritatea terapeuților existențialiști nu urmăresc cu strictețe regulile analizei sinelui, ci accentuează unicitatea fiecărui individ și a felului său propriu de a fi în lume.

Se accentuează asupra ideii ca omul să fie conștient de propria sa existență. Pacientul este provocat prin intermediul unor întrebări privind sensul existenței sau scopurile personale. Relația sau „întâlnirea” terapeutică dintre terapeut și pacient este o relație interumană în cadrul căreia cei doi parteneri se străduiesc să fie cât mai deschiși și mai autentici. Spre deosebire de terapeuții aparținând altor orientări, terapeuții existențialiști împărtășesc pacienților lor propriile sentimente, valori, experiențe de viață.

În afară de sarcina de a se comporta ei înșiși în mod autentic, terapeuții de orientare existențialistă trebuie să-i determine pe pacienți să răspundă în mod autentic la realitatea prezentă (Havens, 1974; May, 1969). De pildă, dacă clientul spune terapeutului: „te urăsc așa cum mi-am urât tatăl”, terapeutul îi va răspunde astfel: „eu nu sunt tatăl tău, ci eu însumi și tu trebuie să te raportezi la mine ca la doctorul H nu ca la tatăl tău!”.

Accentul (după Coleman; Butcher, Carson, 1984) în cadrul acestui sistem psihoterapeutic cade pe experiențele „aici și acum” pe care individul decide că trebuie să le facă și să le trăiască la un moment dat. Acest sentiment al experienței imediate reprezintă piatra unghiulară a psihoterapiei existențialiste,

64

individul fiind ajutat să stabilească faze în cadrul cărora să clarifice și să aleagă între diverse moduri de a fi. Ca și psihanaliza, psihoterapia existențialistă se adresează unui număr redus de pacienți, inteligenți cu abilități verbale și care se află într-o criză existențială. În cadrul acestei categorii, acest gen de terapie înregistrează succese mai ales cu subiecții care suferă de tulburări anxioase sau de tulburări ale personalității, ea fiind neadecvată în cazul psihozelor. Următorul caz va ilustra categoria de pacienți pentru care se potrivește psihoterapia existențialistă (Coleman; Butcher; Carson, 1984, p. 659). Un om de afaceri în vârstă de 42 de ani se prezintă la psihoterapie pentru că pentru el existența și -a pierdut înțelesul și savoarea. El consideră că problemele de familie nu mai au importanță în viața lui (soția este foarte preocupată de propria ei carieră, iar unicul fiu s-a căsătorit și s-a mutat în Alaska). Activitatea profesională, în care a avut un mare succes (atât financiar cât și în ceea ce privește prestigiul), și -a pierdut și ea sensul pentru pacient. Zilele îi sunt lungi și fără rost. Se simte epuizat, dar în același timp panicat. Își face datoria ca un automat la locul de muncă, dar se simte că și cum n-ar trăi de fel. Din când în când se simte speriat și depășit de sentimentul de „cenușiu” și de gustul „amar” pe care îl are viața lui actuală. Psihoterapia existențialistă a lui R o 11 o May

Unul dintre cei mai cunoscuți reprezentanți ai acestor orientări terapeutice din Statele Unite este Roland May.

May este critic cu privire la modul tradițional științific de a înțelege ființa umană pentru că, la fel ca și Sartre (1956), el este de părere că

65

analiza distruge natura umană. Explicațiile bazate pe mecanismele prezente, experiența anterioară, secvențele evolutive sau forțele mediului ne împiedică să înțelegem omul ca ființă umană și opțiunile pe care le face. Din acest motiv trebuie găsită o nouă metodă științifică pentru a permite o mai adecvată înțelegere a omului. May (1958, p. 37, cf. L a z a r u s, p. 308) descrie psihoterapia existențialistă astfel: Contribuția fundamentală a psihoterapiei existențialiste este înțelegerea omului ca existență. Aceasta nu înseamnă negarea validității abordării dinamice și studiul diverselor modele comportamentale, dar se consideră că aceste forțe dinamice, oricum le-am numi, pot fi înțelese numai în contextul structurii existenței persoanei cu care avem de-a face. Problema principală de care suferă oamenii în ziua de azi este închiderea sau îngustarea accesului mentalului la experiență ca rezultat al anxietății, aceasta având drept consecință reducerea posibilităților de a se autoactualiza pe ei înșiși ca ființe individuale. Anxietatea nevrotică nu este altceva decât blocarea sau îngustarea conștientizării, iar când această stare se prelungește ea generează sentimente de apatie și depersonalizare. Anxietatea poate fi înțeleasă și ca pierderea sentimentului eului în raport cu realitatea obiectivă. Ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este amenințată. De aceea, boala (anxietatea, tulburarea nevrotică) este o modalitate (dezadaptativă) prin care oamenii încearcă să -și conserve eul amenințat. May consideră că societatea modernă a creat mai ales la tineri o vulnerabilitate deosebită față de anxietate.

66

Când înlocuim valorile societății se află în stare de confuzie și când se desfășoară schimbări cu caracter traumatizant, individul nu are în interiorul său un teren solid pentru a face față unor amenințări concrete. Rezultatul este dezorientarea psihică cât și stările acute sau cronice de anxietate. Or, aceasta este de fapt starea culturii noastre în secolul XX.

în absența unor repere valorice externe, omul trebuie să-și găsească orientarea în el însuși și -aceasta a dus la dezvoltarea psihanalizei și apoi a existențialismului. După opt ani lui May, dilema umană constă în aceea că omul este simultan subiect (care dorește, este conștient) și obiect orientat în raport cu situațiile Externe, calitate în care trebuie mai curând să facă ceva decât să decidă dacă să facă sau nu acel lucru. Teoriile asupra comportamentului uman care pun un accent exclusiv pe forțele externe, ca și cele care, dimpotrivă, dau atenție prioritară determinantelor interne ale conduitei umane sunt incomplete și ele eșuează». Mi interpretarea totală a ființei umane. A se descoperi pe sine și a fi deschis la experiență presupune ambele tipuri de forțe care dirijionează comportamentul. Scopurile terapiei sunt:

1. Invertirea procesului de îngustare sau de blocare a câmpului conștiinței care s-a produs sub influența amenințării.

2. Descinderea propriului eu în direcția conștientizării

Deci psihoterapia are ca obiectiv să ajute pe pacient să-și actualizeze potențialul. Se urmărește nu atât eliminarea anxietății cât și transformarea anxietății nevrotice în anxietate normală și a capacității de a trăi în condițiile acestei anxietăți normale. După încheierea psihoterapiei pacientul va putea suporta o

67

încărcătură mai mare de anxietate decât înainte dar aceasta va fi anxietate conștientizată și subiectul va putea să-și facă față în mod constructiv.

De asemenea, nu se urmărește eliminarea sentimentului de culpabilitate, ci transformarea culpabilității nevrotice în culpabilitate normală, precum și capacitatea de a utiliza în mod creativ culpabilitatea normală. Nu se utilizează o tehnică psihoterapeutică anume. După May, analiza existențială nu trebuie considerată ca o școală specială sau ca un sistem psihoterapeutic, ci mai curând ca un set de atitudini cu privire la om și la modul în care acesta trebuie cunoscut. Tehnica și analiza abstractă reprezintă pentru existențialiști concepte neadecvate deoarece ființa nu poate fi analizată fără a o distruge, cu toate acestea terapeuții existențialiști au la bază o pregătire psihanalitică sau în domeniul altei forme de terapie bazată pe insight. Deci, analiza existențială reprezintă o modalitate de a înțelege existența umană, iar reprezentanții ei consideră că unul din motivele cheie care împiedică înțelegerea reală a omului este cel puțin în cultura occidentală, accentul exagerat care este pus pe tehnică, accent care face ca omul să fie privit mai mult ca un obiect de condus, de luat în calcul, de analizat. Această tendință occidentală se caracterizează printre altele prin prejudecata că dacă aplicăm o metodă corectă, vom izbuti să cunoaștem în profunzime și problematica pacientului. Orientarea existențialistă susține exact opusul și anume faptul că metoda urmează cunoașterii. Pentru psihoterapia existențialistă nu este atât de important ce anume face psihoterapeutul în timpul psihoterapiei, ci mai ales contextul psihoterapeutic în cadrul căruia pacientul nu

68

este privit ca un set de forțe dinamice, aflate în interacțiune, ci ca o ființă umană care decide, acționează, și își fixează atenția asupra ceva aici și acum.

Logoterapia lui Viktor Frankl a fost inițial antrenat în psihanaliză, dar cei trei ani petrecuți într-un lagăr de concentrare german (inclusiv Auschwitz) l-au împins spre o orientare existențialistă. Termenul de logoterapie vine de la termenul grecesc „logos” care înseamnă sens, semnificație.

Logoterapia este o variantă a analizei existențiale care pune accentul pe demersul personal de căutare a sensului existenței. Pentru Frankl „dorința de sens” este unul din motivele fundamentale ale omului. El este de părere că psihoterapia se ocupă de problemele adaptării umane, iar logoterapia, care abordează mai mult aspectele spirituale ale existenței, nu se substituie psihoterapiei, ci doar o completează.

Logoterapia are drept obiectiv să-i ajute pe oameni să-și găsească un sens în viață și să facă față crizelor existențiale. Accentul este pus mai ales pe conflictele de natură valorică. În cadrul acestei orientări psihoterapeutice se afirmă faptul că persoana este responsabilă de propriile sale convingeri sau acțiuni.

Atenția psihoterapeutului nu se îndreaptă spre trecut ci spre prezent și spre viitor. Una din tehnicile utilizate de Frankl este tehnica „intenției paradoxale” (ulterior se va dezvolta chiar o școală denumită „Psihoterapie prin intervenție paradoxală”) prin intermediul căreia se solicită pacientului să dorească exact acel lucru de care se teme și să o facă cu cât mai mult umor și detașare.

69

Pentru a ilustra această tehnică el dă exemplul unei studente la medicină care începea să tremure ori de câte ori asistentul se apropia de ea și o privea în timpul lucrărilor practice (cit. Lazaruș, 1976). Studenta a fost instruită să-și spună: „lată asistentul! Acum îi voi demonstra cât de bine știu eu să tremur!”. Bineînțeles că dacă ea încerca în mod deliberat să tremure, nu reușea.

O altă tehnică este tehnica denumită „de-reflecție” care cere pacienților să ignore ceea ce îi tulbură și să se concentreze asupra unui lucru pozitiv din alt domeniu. Această tehnică se utilizează cu bune rezultate în

domeniul tratamentului tulburărilor de dinamică sexuală. Frank I a utilizat aceste tehnici, dar și altele, pentru a-i face pe pacienți să-și conștientizeze propriul sistem de valori, să câștige auto controlul asupra lor înșiși și sentimentul responsabilității pentru acțiunile și reacțiile lor, cât și pentru a -i învăța să rezolve problemele existențiale care îi tulbură.

VALOAREA PSIHOTERAPEUTICĂ

A TEHNICILOR YOGA

ȘI MEDITATIVE

Odată cu progresele medicinei, progrese înregistrate mai ales în domeniul imunologiei, chimioterapiei și al asistenței sanitare, o serie de maladii pot fi astăzi vindecate sau măcar ameliorate. Există însă unele tulburări ca de pildă migrenele, insomniile, tulburările de tip nevrotic (anxietate, fobii, iritabilitate, astenie etc.) ca și unele boli psihosomatice (hipertensiunea, obezitatea, maladiile coronariene, constipația, afecțiunile alergice, problemele sexuale, ulcerul gastric etc.) sau deprinderi greșite (fumat, consum abuziv de alcool) care nu sunt pe deplin controlate de medicina modernă.

Adesea medicii prescriu analgezice, tranșilizante sau vitamine, fără a putea rezolva problema pacientului. Maladiile menționate mai sus sunt considerate maladii produse de stres, ele fiind rezultatul presiunii exercitate de o societate excesiv de materialistă și competitivă care pune în fața mai multor indivizi solicitări greu sau imposibil de îndeplinit și îi disprețuiește pe cei care nu rezistă.

Neputând face față stresului și suprasolicitării, oamenii se refugiază în hiperfagie (mâncat excesiv), fumat, consum abuziv de alcool sau medicamente prescrise sau autoadministrate cu consecințele lor bine cunoscute: hipertensiune, diabet, obezitate, ciroză, bronșite cronice,

71

cancer pulmonar, maladii coronariene, toxicomanie. În aceste situații medicamentele sunt foarte puțin eficiente sau chiar ineficiente, în același timp degeaba îi sfătuim pe pacienți să se lase de fumat, să slăbească, să reducă consumul de alcool, să nu se mai enerveze, să ia lucrurile mai ușor și să fie mai toleranți cu ceilalți, pentru că foarte puțini sunt capabili să ne urmeze sfatul. Chiar atunci când își dau seama de consecințele negative ale comportamentului lor de cele mai multe ori oamenii nu au forța să se modifice. De aceea trebuie să apelăm la alte metode pentru menținerea și ameliorarea sănătății, metode care să-i facă pe pacienți responsabili pentru propria lor sănătate. Ținând seama de faptul că relativ puțini pacienți au timp și posibilitățile financiare de a urma o psihoterapie de durată, este de dorit să apelăm și la metode de luptă împotriva stresului care nu trebuie în mod necesar aplicate de terapeuți specializați, multe din ele putând fi aplicate chiar de pacientul însuși sau de instructori specializați în tehnici orientale de autoperfecționare. Aceste metode trebuie să fie simple, agreabile, fără efecte secundare, ele trebuie să ducă la înlăturarea simptomelor și să creeze la pacient un sentiment de bine general. Una din aceste metode poate fi Yoga. Definită ca unire cu viața însăși, Yoga este un element important al culturii indiene. Ea poate fi privită ca un sistem de autoînsănătoșire și autoreglare a funcțiilor psiho-fiziologice și psihice, cât și ca un sistem de evoluție spirituală a ființei umane. Inițial Yoga nu a fost elaborată de înțelepții indieni pentru a vindeca bolnavii, ci pentru a trezi și dezvolta forțele spirituale din om, pentru a obține o dezvoltare de tip superior a personalității. Privită sub acest aspect, Yoga e mai mult preventivă decât curativă.

72

Este dificil de datat tehnicile Yoga sub aspect istoric. Ele sunt, probabil, vechi de mii de ani. Inscripții găsite referitoare la asane sau pozițiile Yoga sunt evaluate de specialiști ca fiind realizate cu aproximativ 3000 de ani înaintea erei noastre.

Patanjali, autorul textelor tradiționale cunoscute sub denumirea de Yoga -Sutra, descrie Yoga ca o modalitate de control asupra mentalului (asupra valurilor minții). Tehnicile meditative sunt, după opinia lui, menite să ajute oamenii să-și dezvolte potențialul ascuns, care zace în psihicul fiecărui om. Paul Brunton (1970), un englez care a călătorit mult în India, spunea că Yoga poate aduce trupurile noastre la nivelul sănătății perfecte pe care ne-a dăruit-o natura și poate să ne ajute să realizăm unul din cele mai mari visuri ale lumii moderne: pacea minții. Prin practicarea posturilor yoghine denumite asane oamenii pot atinge un control neobișnuit asupra sistemului muscular și osteo-articular, ceea ce ne garantează suplețea și dispariția unor simptome de tip musculo-oste-articular, iar practicarea exercițiilor de respirație le conferă vigoare, sănătate și longevitate. Conform doctrinei yoghine, fiecare individ care se angajează pe drumul autoperfecționării trebuie să parcurgă o serie de etape:

1. Yama - Cuprind reguli care sfătuiesc pe
2. Niyama oameni cum să-și conducă viața într-un mod moral și liniștit.
3. Asanas - Posturi corporale.

4. Pranayama - exerciții de respirație.
5. Prathyahara - izolare de stimuli perturbatori.
6. Dharana - concentrare mentală.
7. Dhyana - contemplare.
8. Samadhi - stare de eliberare, de contopire cu absolutul.

73

(1,2)- Yama și Niyama cuprind o serie de reguli de purificare fizică și psihică, inclusiv referitoare la alimentație.

În ceea ce privește comportamentul moral yoghinii sunt adepții non -violenței și a purității morale. O persoană care s-a deprins să fie bună, înțelegătoare, iubitoare, iertătoare, va obține de la ceilalți reacții similare.

(3) Asanele sau posturile fizice învață pe subiect să controleze și să devină stăpân și conștient de corpul lui fizic. Exercițiile implică și un aport mental, atenția subiectului fiind concentrată asupra posturii. În același timp, exercițiile sunt izotonice, implicând contracția unei anumite grupe de mușchi concomitent cu relaxarea altor grupe musculare.

(4) Pranayama sau exercițiile de respirație controlată: când oamenii sunt agitați, respirația devine mult mai rapidă. La o persoană încordată musculatura toracelui e rigidă, iar respirația e superficială, utilizând doar partea superioară a plămânilor. Practicând respirația abdominală lentă, profundă și ritmică, individul poate obține o stare de calm pe plan fizic și mental. Chandra Patel (1984) recomandă practicarea exercițiilor de relaxare și respirație într-o poziție șezând, comodă (șezând „turcește”, eventual cu spatele sprijinit). Iată, pentru exemplificare, un model de instrucție pentru exercițiul de respirație și pentru exercițiul de relaxare musculară profundă: „Căutați, pe cât posibil, să mențineți capul, gâtul și trunchiul într-o linie dreaptă. Relaxați corpul, închideți ochii și aveți grijă ca dinții să nu fie încordați.

Acum veți practica un exercițiu foarte simplu de respirație. Concentrați atenția asupra fiecărei etape a procesului respirator. Concentrați-vă asupra inspirației și expirației, asupra mișcărilor

74

musculaturii respiratorii. Ascultați sunetele produse de respirație. Căutați să simțiți diferența de temperatură dintre aerul care intră și iese din plămâni. Expirați, apoi inspirați profund, căutând să coborâți diafragma în jos și să umpleți plămânii de aer. Apoi expirați lent. După 3 -4 respirații profunde lăsați respirația să devină normală și regulată. Inspirați și expirați ușor, lent, ritmic. Nu forțați respirația. Nu încercați în mod deliberat să o încetiniți. Mențineți mai bine propriul ritm respirator. Inspirați și expirați lent, calm, relaxat. Acum căutați să relaxați fiecare zonă a corpului. Căutați să luați legătura mental cu fiecare parte a corpului pe care doriți să o relaxați. Acum îndreptați atenția spre piciorul drept. Destindeți degetele, talpa, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxați toți mușchii. Lăsați toți mușchii piciorului drept să se destindă, să devină moi. Alungați afară toată tensiunea, toată încordarea. Acum îndreptați atenția către piciorul stâng. Relaxați degetele, laba piciorului, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxați toți mușchii. Lăsați mușchii piciorului stâng să se relaxeze, să devină moi. Lăsați ca toată tensiunea din piciorul stâng să iasă afară. Simțiți cum se relaxează fiecare mușchi, fiecare nerv, fiecare țesut.

Acum concentrați atenția asupra brațului drept. Relaxați degetele, palma, ante brațul, brațul, umărul. Căutați să simțiți cum se relaxează fiecare mușchi din brațul drept. Relaxați brațul cât puteți de mult. Conștientizați fiecare senzație din mușchi, țesuturile, nervii, articulațiile care alcătuiesc brațul drept în timp ce lăsați brațul să se relaxeze. La fel pentru brațul stâng.

Acum îndreptați atenția la baza coloanei vertebrale. Căutați să destindeți pas cu pas mușchii

75

coloanei vertebrale, imaginându-vă că vertebrele se relaxează, parcă depărtându-se unele de altele. Simțiți cum spatele se contopește cu podeaua. Apoi relaxați musculatura de la nivelul omoplaților, relaxați gâtul. Apoi concentrați-vă asupra feței, relaxați fața, relaxați maxilarele astfel încât dinții să nu fie strânși. Relaxați obrații și pleoapele, căutați să simțiți pleoapele grele, destinse, relaxate. Relaxați apoi fruntea, îndepărtați orice tensiune de la nivelul frunții. Relaxați creștetul capului. Apoi relaxați pieptul. Cu fiecare expirație, relaxați-vă tot mai mult. Lăsați corpul să se cufunde în podea, să se contopească cu podeaua. Relaxați mușchii, nervii și toate organele din cutia toracică. Apoi relaxați musculatura abdominală. Lăsați corpul să se relaxeze și concentrați atenția asupra respirației. Simțiți cum aerul răcoritor intră în plămâni și cum aerul cald iese din plămâni, în timp ce stați așezați sau culcați, puteți simți nevoia să dormiți sau mintea dvs. începe să vagabondeze. Puteți evita să adormiți dacă stați așezați, dar e mai greu să împiedicați mintea să vagabondeze, să readucă în minte amintiri și imagini, să pună și să rezolve probleme. A gândi nu înseamnă a medita. Pentru a evita să vă lăsați furia de gânduri, lăsați gândurile să vină și să plece, fără a vă

fixa pe vreunul dintre ele. Lăsați-le să zboare fără a pune vreo întrebare, fără a le judeca, fără agitație. Rămâneți detașat și observați gândurile care vin și pleacă. Lăsați mintea să devină ca un ocean liniștit sau ca un cer senin. Lăsați gândurile să vină și să plece fără să le analizați. Dacă v-ați lăsat prins nu deveniți nervos și frustrat pentru că se va întâmpla de multe ori ca gândurile să vă prindă. De fiecare dată reveniți cu calm și fermitate la starea de observator detașat."

76

(5) Meditația poate fi definită ca o practică mentală care limitează „inputul” stimulilor exteriori prin direcționarea atenției asupra unui stimul unic, nemodificat sau repetitiv, în practică, poate avea loc de regulă într-o poziție șezând, în stare de relaxare și într-un loc liniștit. Obiectul meditației poate să fie un sunet repetat mental, propria respirație sau orice alt obiect spre care se poate îndrepta atenția în tăcere. Când atenția fluctuează practicantul o readuce înapoi la obiectul concentrării sale într-o manieră ușoară și neforțată. Practicarea acestei tehnici produce la subiect o stare modificată de conștiință (un fel de auto-hipnoză care este evaluată de subiect ca fiind benefică).

Din punct de vedere istoric tehnicile meditative au fost considerate ca fiind de natură spirituală, ele făcând parte din sistemul Yoga, Zen, dar și din alte sisteme religioase cum ar fi creștinismul, mahomedanismul sau iudaismul. P a t e I (1984) este de părere că fiecare practicant trebuie să aleagă acea formă de meditație care este în acord cu personalitatea sa. A trece de la o formă de meditație la alta nu este un semn de slăbiciune, ci dimpotrivă, o căutare creativă a căii personale de autoperfecționare. De asemenea, a rămâne la o metodă nu este un semn de rigiditate dacă metoda s-a dovedit a fi utilă. Orice practicant trebuie să se conducă, în afară de sfaturile unui îndrumător, și după intuiția sa proprie, în același timp, o metodă trebuie să fie practică suficient de mult înainte de a o abandona ca nepotrivită. Același autor (P a t e I, 1984) descrie următoarele forme de meditație: • Meditația simplă asupra respirației Un exercițiu simplu de fixare a minții asupra unui singur obiect este concentrarea asupra

77

respirației. După ce subiectul a calmat respirația și a relaxat corpul, șezând sau culcat cu ochii închiși, el trebuie să fixeze atenția asupra aerului care intră și iese din organism. Atenția trebuie fixată asupra nărilor, urmărind u-se intrarea și ieșirea aerului, cu conștientizarea clară a actului respirator. Se menține atenția concentrată asupra procesului respirator. Dacă subiectul are dificultăți în menținerea atenției asupra respirației, e bine să numere în gând 1 (sau multipli) la inspirație și 2 la expirație. Dacă mintea continuă să vagabondeze, practicantul trebuie să o readucă încet înapoi la obiectul concentrării fără a deveni agitat din cauza asta. • Meditația asupra unei mantră Filozofia yoghină consideră mantra un cuvânt sacru, numele divinității, un verset dintr-un text religios, un fragment dintr-o rugăciune, pe care adeptul îl repetă de multe ori. Aceasta este o modalitate eficientă de concentrare a mentalului.

În sanscrită, cuvânt ca Ram sau Shyam sunt considerate mantră, ele reprezentând diverse denumiri, pe care le ia divinitatea. Aum sau Om este considerat sunetul primordial care denumește spiritul absolut conținând în sine totul, trecutul, prezentul, viitorul. Lama tibetani, budiștii din China, Japonia și în India interpretează în același fel sunetul OM. Un instrument numit tonoscop și care este utilizat pentru a vizualiza sunetele în cele trei dimensiuni, arată că pronunțarea sunetului O în microfon produce o sferă perfectă. Este de asemenea interesant de observat că evreii și creștinii folosesc cuvântul Amen (Amin), iar musulmanii - Amin.

Mantra poate fi și o frază scurtă, ca de pildă „Aum Namah Shivaya”, care înseamnă: „O Doamne, mă închin ție!”.

78

Mantra se poate alege în funcție de credință, înclinațiile și apartenența culturală a practicantului (De pildă: Doamne, Itsuse Cristoase, miluiește-mă pe mine).

Rugăciunile vindecătoare își bazează efectele terapeutice pe componentele sugestive și pe sunetele repetitive. Cu toate acestea, nu e obligatoriu ca mantra să aibă un conținut religios, pacientul putând repeta un simplu cuvânt cum ar fi: „relaxare”, „pace”, „armonie”. Ideea de bază a meditației este să fixăm mintea asupra unui singur gând. Practicantul nu trebuie să se lase demobilizat de îndoieli, disconfort, plictiseală, apatie sau nereușite aparente și trebuie să privească aceste stări cu detașare, perseverând în meditație. În afară de tehnicile meditative descrise de P a t e I (1984) trebuie să menționăm și „Meditația transcendențială” (MT), pusă la punct de Maharishi Mahesh Yogi și bine cunoscută astăzi în cultura occidentală. Această tehnică reprezintă o formă de tranziție de la formele meditative religioase spre cele moderne, utilizate în psihoterapie. Ea conservă elemente de cult (prezența unui ritual de inițiere - „puja”), se învață în cadru organizat și nu permite clinicienilor să o practice cu pacienții (cu excepția situației în care

terapeutul este în același timp instructor atestat de meditație transcendențială).

Știința modernă a redescoperit terapia cu ajutorul sunetelor, terapie ce are la bază ideea că fiecare celulă și țesut al organismului are propriul său ritm vibrator. Chiar și plantele cresc mai bine când sunt supuse acțiunii muzicii (W a t s o n, 1973). Desigur, sunetele au efecte pozitive și negative și de aceea trebuie să avem grijă cum ne alegem mantra.

79

- Meditația experiențială.

Natura este obiectul cel mai potrivit pentru contemplare.

Pacientul poate obține o stare de pace interioară intrând în rezonanță cu natura. Se pot utiliza astfel de indicații:

1. Așezați-vă sub un copac și contemplați minunatele pajiști înverzite.
2. Stați relaxat în grădină și savurați mirosul de fân cosit.
3. Ascultați sunetul valurilor mării sau cel al unei căderi de apă, uitați de sine în timp ce ascultați; lăsați ca vibrația sunetului să vă umple mintea, trupul întreg, vibrați odată cu acesta.
4. Țineți un măr în mână. Căutați să-i simțiți forma și textura, priviți-i și examinați-i culoarea cu atenție, mirosiți-l. Apoi închideți ochii și încercați să păstrați în minte tot ce ați văzut și simțit.
5. Simțiți mirosul vântului. Ce poartă el? Mirosul sărat al mării sau mirosul de brad al munților?
6. Relaxați-vă pe nisipul unei plaje și căutați să deveniți una cu aceasta, complet destins, fără nici un pic de tensiune.

7. Priviți picăturile de ploaie care cad pe pământ. Căutați să vedeți unde cade fiecare picătură.

Uneori intrăm spontan în meditație. Acestea sunt momentele când simțim bucurie, pace, armonie, liniște și unitate cu tot ce este în jur. Nu mai suntem în stare de separare, ci de unitate; e ca un fel de reverie.

- Meditația de tip devoțional Contemplarea mistică, rugăciunea, concentrarea asupra unor idei religioase, practicarea cântecelor rituale cu inima plină de dragoste și compasiune nu sunt altceva decât tehnici meditative de tip religios. Indiferent de credință (creștină, budistă, musulmană sau

80

mozaică) importantă este încrederea în Dumnezeu și deschiderea persoanei către dragoste, compasiune și înțelegere pentru ceilalți. Cei care practică astfel de tehnici au descoperit scânteia divină din ei și simt iubire pentru toate ființele.

Concentrarea și contemplarea nu sunt decât primii pași către o stare mediativă, adevărată, din Yoga, stare care nu poate fi descrisă în cuvinte și se află dincolo de limitele eului individual.

Oricum, pentru oamenii obișnuiți, ceea ce a fost descris aici e suficient pentru a-i menține într-o stare de sănătate fizică și psihică. Formele moderne ale meditației, simplificate și scoase din contextul esoteric și religios au proprietăți terapeutice remarcabile, putând fi aplicate cu succes în clinică, ele dovedindu-se a fi strategii eficiente de prevenire și combatere a stresului.

Tehnicile meditative sunt înrudite cu tehnicile pe bază de biofeedback, tehnici care îl ajută pe pacient să devină conștient și să controleze procesele fiziologice autonome din organism, precum și cu tehnicile de relaxare bine cunoscute astăzi în clinică.

Dintre tehnicile de meditație adaptate și standardizate pentru clinică, cele mai cunoscute sunt C.S.M. - meditația standardizată pentru clinică (Carrington, 1978) și meditația asupra respirației - R.O.M. (B e n s o n, 1975). Aceste metode sunt medicale și nu aparțin vreunui cult.

În cadrul metodei C.S.M. pacientul alege un sunet de pe o listă standardizată de sunete (sau elaborează unul conform instrucțiunilor) și apoi îl repetă mental, fără a lega în vreun fel repetarea sunetului de ritmul respirator.

81

Aceasta este o tehnică de meditație permisivă și nu presupune efort.

În schimb, în metoda R.O.M., pacientul repetă cuvântul ONE (unu în limba engleză) sau alt cuvânt sau propoziție, căutând să realizeze pronunțarea mentală a respectivului cuvânt pe fiecare expirație. Aceasta este o formă de meditație ceva mai pretențioasă care presupune mai multă autodisciplină din partea subiectului.

Patricia Carrington (1984), autoarea meditației C.S.M., arată că terapeutul trebuie să descrie pacientului tehnica și să menționeze acele cercetări care au demonstrat că metoda se potrivește în cazul simptomelor și problemelor pe care le prezintă acesta. Trebuie precizat, de asemenea, că acest tip de meditație are un caracter laic și este bine pus la punct sub aspect științific. În același timp, pacientul trebuie să fie instruit și cu privire la faptul că metoda nu presupune nici un fel de concentrare a atenției, ci se desfășoară în mod automat. Pacienții cu personalitate de tip A (orientați spre succes, hiperactivi, dominatori, ambițioși,

perfecționiști) pot opune rezistență în învățarea meditației pentru că se pot teme că aceasta le -ar dezorganiza stilul supraîncărcat de viață. Acestor pacienți trebuie să li se explice faptul că practicarea regulată a meditației îi va face și mai eficienți.

Meditația se practică într-o încăpere liniștită, în condiții corespunzătoare de temperatură și lumină, subiectul adoptând o poziție relaxată șezând (nu culcat, pentru că riscă să intre în somn natural). La început subiectul repetă mantra cu voce tare, după instructor. Mantra se alege dintr-o listă standard care cuprinde 16 modele (Se utilizează sunete care rezonază, adesea terminate cu consoane nazale și despre

82

I

care cercetările au demonstrat că au efect calmant asupra sistemului nervos al majorității oamenilor. Nu este necesar ca mantra să aibă semnificație pentru subiect. Frecvent se folosesc mantră ca: Ahnam, Shi-rim sau Ra-mah). Meditația propriu-zisă constă în repetarea mentală, automată, timp de 15 -20 minute a silabei respective. Dacă subiectului îi vin gânduri parazite, el readuce încet, înapoi mintea la obiectul concentrării. Se recomandă două ședințe pe zi.

Instructorul discută cu pacientul după ce acesta a terminat meditația, răspunde la toate întrebările sale și corectează eventualele erori de practică ce pot rezulta din relatările verbale ale pacientului.

Cercetările au arătat că aproximativ 50 % din subiecții adulți care au învățat tehnica, continuă să -o utilizeze cu regularitate un timp mai îndelungat (Carroll, 1977). Există și un număr de subiecți care practică meditația în mod discontinuu sau doar o dată pe zi. Studiile clinice au pus în evidență faptul că și o practică discontinuă are asupra subiectului unele efecte benefice în ceea ce privește reducerea unor simptome legate de stres. Aceeași autoare ne avertizează asupra unor aspecte de care trebuie să se țină seama în practicarea tehnicii meditative (C.S.M.).

1. Există persoane care se dovedesc hipersensibile la meditație și nu pot suporta o ședință standard de 15-20 minute. Astfel de probleme pot fi rezolvate adaptând timpul de meditație particularităților individuale ale persoanei.

2. Suprameditația poate fi periculoasă (dacă luăm o pastilă ne simțim mai bine, dacă înghițim tot flaconul ne intoxicăm).

În urma practicării meditației prelungite se pot produce descărcări de material emoțional pe

83

care pacientul nu-l mai poate controla. Mai ales la persoanele cu antecedente psihiatrice se pot produce episoade de tip psihotic (Carroll, 1977; Lazarus, 1976). Există diferite secte care recomandă adeptilor câte 4 ore de meditație pe zi și mulți dintre practicanți relatează producerea unor efecte de „spălare a creierului”.

3. Meditația poate crește acțiunea unor medicații. Din acest motiv, consumul de substanțe anxiolitice, antidepresive, antihipertensive și a reglatoarelor tiroidiene trebuie controlat atent la practicanții meditației. Adesea o practică suficient de îndelungată a meditației poate duce la reducerea dozelor de astfel de substanțe sau o terapie de tip discontinuu. Din acest motiv, meditația clinică trebuie practică cu moderație și sub îndrumarea unor specialiști, psihoterapeuți clinicieni.

ASPECTE FIZIOLOGICE ALE MEDITAȚIEI

Toate tehnicile simple de meditație, inclusiv meditația transcendentală au ca element comun faptul că ele produc rapid o stare de relaxare profundă care prezintă anumite caracteristici.

Cercetările de laborator au demonstrat că în timpul meditației, corpul și mintea intră într-o stare de odihnă profundă.

- Consumul de oxigen scade după 20-30 minute de meditație la un nivel atins doar după 6-7 ore de somn (Wallace, Benson, Wilson, 1971).

- Ritmul cardiac și cel respirator se reduc, de asemenea, în urma meditației (Alison, 1970; Wallace, 1970).

84

Este dificil de datat tehnicile Yoga sub aspect istoric. Ele sunt, probabil, vechi de mii de ani. Inscripții găsite referitoare la asane sau pozițiile Yoga sunt evaluate de specialiști ca fiind realizate cu aproximativ 3000 de ani înaintea erei noastre.

Patanjali, autorul textelor tradiționale cunoscute sub denumirea de Yoga -Sutra, descrie Yoga ca o modalitate de control asupra mentalului (asupra valurilor minții). Tehnicile meditative sunt, după opinia lui, menite să ajute oamenii să-și dezvolte potențialul ascuns, care zace în psihicul fiecărui om. Paul Brunton (1970), un englez care a călătorit mult în India, spunea că Yoga poate aduce trupurile noastre la nivelul sănătății perfecte pe care ne-a dăruit-o natura și poate să ne ajute să realizăm unul din cele mai mari visuri

ale lumii moderne: pacea minții. Prin practicarea posturilor yoghine denumite asane oamenii pot atinge un control neobișnuit asupra sistemului muscular și osteo-articular, ceea ce ne garantează suplețea și dispariția unor simptome de tip musculo-oste-articular, iar practicarea exercițiilor de respirație le conferă vigoare, sănătate și longevitate. Conform doctrinei yoghine, fiecare individ care se angajează pe drumul autopsrfeccionării trebuie să parcurgă o serie de etape:

1. Yama - Cuprind reguli care sfătuiesc pe
2. Niyama oameni cum să-și conducă viața într-un mod moral și liniștit.
3. Asanas - Posturi corporale.
4. Pranayama - exerciții de respirație.
5. Prathyahara - izolare de stimuli perturbatori.
6. Dharana - concentrare mentală.
7. Dhyana - contemplare.
8. Samadhi - stare de eliberare, de contopire cu absolutul.

73

(1,2)- Yama și Niyama cuprind o serie de reguli de purificare fizică și psihică, inclusiv referitoare la alimentație.

În ceea ce privește comportamentul moral yoghinii sunt adepții non-violenței și a purității morale. O persoană care s-a deprins să fie bună, înțelegătoare, iubitoare, iertătoare, va obține de la ceilalți reacții similare.

(3) Asanele sau posturile fizice învață pe subiect să controleze și să devină stăpân și conștient de corpul lui fizic. Exercițiile implică și un aport mental, atenția subiectului fiind concentrată asupra posturii. În același timp, exercițiile sunt izotonice, implicând contracția unei anumite grupe de mușchi concomitent cu relaxarea altor grupe musculare.

(4) Pranayama sau exercițiile de respirație controlată: când oamenii sunt agitați, respirația devine mult mai rapidă. La o persoană încordată musculatura toracelui e rigidă, iar respirația e superficială, utilizând doar partea superioară a plămânilor. Practicând respirația abdominală lentă, profundă și ritmică, individul poate obține o stare de calm pe plan fizic și mental. Chandra Patel (1984) recomandă practicarea exercițiilor de relaxare și respirație într-o poziție șezând, comodă (șezând „turcește”, eventual cu spatele sprijinit). Iată, pentru exemplificare, un model de instrucție pentru exercițiul de respirație și pentru exercițiul de relaxare musculară profundă: „Căutați, pe cât posibil, să mențineți capul, gâtul și trunchiul într-o linie dreaptă. Relaxați corpul, închideți ochii și aveți grijă ca dinții să nu fie încordați.

Acum veți practica un exercițiu foarte simplu de respirație. Concentrați atenția asupra fiecărei etape a procesului respirator. Concentrați-vă asupra inspirației și expirației, asupra mișcărilor

74

musculaturii respiratorii. Ascultați sunetele produse de respirație. Căutați să simțiți diferența de temperatură dintre aerul care intră și iese din plămâni. Expirați, apoi inspirați profund, căutând să coborâți diafragma în jos și să umpleți plămânii de aer. Apoi expirați lent. După 3 — 4 respirații profunde lăsați respirația să devină normală și regulată. Inspirați și expirați ușor, lent, ritmic. Nu forțați respirația. Nu încercați în mod deliberat să o încetiniți. Mențineți mai bine propriul ritm respirator. Inspirați și expirați lent, calm, relaxat. Acum căutați să relaxați fiecare zonă a corpului. Căutați să luați legătura mental cu fiecare parte a corpului pe care doriți să o relaxați. Acum îndreptați atenția spre piciorul drept. Oestindeți degetele, talpa, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxați toți mușchii. Lăsați toți mușchii piciorului drept să se destindă, să devină moi. Alungați afară toată tensiunea, toată încordarea. Acum îndreptați atenția către piciorul stâng. Relaxați degetele, laba piciorului, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxați toți mușchii. Lăsați mușchii piciorului stâng să se relaxeze, să devină moi. Lăsați ca toată tensiunea din piciorul stâng să iasă afară. Simțiți* cum se relaxează fiecare mușchi, fiecare nerv, fiecare țesut.

Acum concentrați atenția asupra brațului drept. Relaxați degetele, palma, antebratul, brațul, umărul. Căutați să simțiți cum se relaxează fiecare mușchi din brațul drept. Relaxați brațul cât puteți de mult. Conștientizați fiecare senzație din mușchi, țesuturile, nervii, articulațiile care alcătuiesc brațul drept în timp ce lăsați brațul să se relaxeze. La fel pentru brațul stâng.

Acum îndreptați atenția la baza coloanei vertebrale. Căutați să destindeți pas cu pas mușchii

75

coloanei vertebrale, imaginându-vă că vertebrele se relaxează, parcă depărtându-se unele de altele. Simțiți cum spatele se contopește cu podeaua. Apoi relaxați musculatura de la nivelul omoplaților, relaxați gâtul. Apoi concentrați-vă asupra feței, relaxați fața, relaxați maxilarele astfel încât dinții să nu fie strânși.

Relaxați obraji și pleoapele, căutați să simțiți pleoapele grele, destinse, relaxate. Relaxați apoi fruntea, îndepărtați orice tensiune de la nivelul frunții. Relaxați creștetul capului. Apoi relaxați pieptul. Cu fiecare expirație, relaxați-vă tot mai mult. Lăsați corpul să se cufunde în podea, să se contopească cu podeaua. Relaxați mușchii, nervii și toate organele din cutia toracică. Apoi relaxați musculatura abdominală. Lăsați corpul să se relaxeze și concentrați atenția asupra respirației. Simțiți cum aerul răcoritor intră în plămâni și cum aerul cald iese din plămâni, în timp ce stați așezați sau culcați, puteți simți nevoia să dormiți sau mintea dvs. începe să vagabondeze. Puteți evita să adormiți dacă stați așezați, dar e mai greu să împiedicați mintea să vagabondeze, să readucă în minte amintiri și imagini, să pună și să rezolve probleme. A gândi nu înseamnă a medita. Pentru a evita să vă lăsați furia de gânduri, lăsați gândurile să vină și să plece, fără a vă fixa pe vreunul dintre ele. Lăsați-le să zboare fără a pune vreo întrebare, fără a le judeca, fără agitație. Rămâneți detașat și observați gândurile care vin și pleacă. Lăsați mintea să devină ca un ocean liniștit sau ca un cer senin. Lăsați gândurile să vină și să plece fără să le analizați. Dacă vă lăsați prins nu deveniți nervos și frustrat pentru că se va întâmpla de multe ori că gândurile să vă prindă. De fiecare dată reveniți cu calm și fermitate la starea de observator detașat."

76

(5) Meditația poate fi definită ca o practică mentală care limitează „inputul” stimulilor exteriori prin direcționarea atenției asupra unui stimul unic, nemodificat sau repetitiv, în practică, poate avea loc de regulă într-o poziție șezând, în stare de relaxare și într-un loc liniștit. Obiectul meditației poate să fie un sunet repetat mental, propria respirație sau orice alt obiect spre care se poate îndrepta atenția în tăcere. Când atenția fluctuează practicantul o readuce înapoi la obiectul concentrării sale într-o manieră ușoară și neforțată. Practicarea acestei tehnici produce la subiect o stare modificată de conștiință (un fel de auto - hipnoză care este evaluată de subiect ca fiind benefică).

Din punct de vedere istoric tehnicile meditative au fost considerate ca fiind de natură spirituală, ele făcând parte din sistemul Yoga, Zen, dar și din alte sisteme religioase cum ar fi creștinismul, mahomedanismul sau iudaismul. Paterson (1984) este de părere că fiecare practicant trebuie să aleagă acea formă de meditație care este în acord cu personalitatea sa. A trece de la o formă de meditație la alta nu este un semn de slăbiciune, ci dimpotrivă, o căutare creativă a căii personale de autoperfecționare. De asemenea, a rămâne la o metodă nu este un semn de rigiditate dacă metoda s-a dovedit a fi utilă. Orice practicant trebuie să se conducă, în afară de sfaturile unui îndrumător, și după intuiția sa proprie. În același timp, o metodă trebuie să fie practică suficient de mult înainte de a fi abandonată ca nepotrivită. Același autor (Paterson, 1984) descrie următoarele forme de meditație:

- Meditația simplă asupra respirației
- Un exercițiu simplu de fixare a minții asupra unui singur obiect este concentrarea asupra

77

respirației. După ce subiectul a calmat respirația și a relaxat corpul, șezând sau culcat cu ochii închiși, el trebuie să fixeze atenția asupra aerului care intră și iese din organism. Atenția trebuie fixată asupra nărilor, urmărindu-se intrarea și ieșirea aerului, cu conștientizarea clară a actului respirator. Se menține atenția concentrată asupra procesului respirator. Dacă subiectul are dificultăți în menținerea atenției asupra respirației, e bine să numere în gând 1 (sau multipli) la inspirație și 2 la expirație. Dacă mintea continuă să vagabondeze, practicantul trebuie să o readucă încet înapoi la obiectul concentrării fără a deveni agitat din cauza asta.- Meditația asupra unei mantră
- Filozofia yoghină consideră mantră un cuvânt sacru, numele divinității, un verset dintr-un text religios, un fragment dintr-o rugăciune, pe care adeptul îl repetă de multe ori. Aceasta este o modalitate eficientă de concentrare a minții.

În sanscrită, cuvântul ca Ram sau Shyam sunt considerate mantră, ele reprezentând diverse denumiri, pe care ele le ia divinitatea. Aum sau Om este considerat sunetul primordial care denumește spiritul absolut conținând în sine totul, trecutul, prezentul, viitorul. Lama tibetani, budiștii din China, Japonia și Indonezia interpretează în același fel sunetul OM. Un instrument numit tonoscop și care este utilizat pentru a vizualiza sunetele în cele trei dimensiuni, arată că pronunțarea sunetului O în microfon produce o sferă perfectă. Este de asemenea interesant de observat că evreii și creștinii folosesc cuvântul Amen (Amin), iar musulmanii - Amin.

Mantră poate fi și o frază scurtă, ca de pildă „Aum Namah Shivaya”, care înseamnă: „O Doamne, mă închin ție!”.

78

Mantră se poate alege în funcție de credință, înclinațiile și apartenența culturală a practicantului (De pildă: Doamne, Iisuse Cristoase, miluiește-mă pe mine).

Rugăciunile vindecătoare își bazează efectele terapeutice pe componentele sugestive și pe sunetele repetitive. Cu toate acestea, nu e obligatoriu ca mantră să aibă un conținut religios, pacientul putând repeta

un simplu cuvânt cum ar fi: „relaxare”, „pace”, „armonie”. Ideea de bază a meditației este să fixăm mintea asupra unui singur gând. Practicantul nu trebuie să se lase demobilizat de îndoieli, disconfort, plictiseală, apatie sau nereușite aparente și trebuie să privească aceste stări cu detașare, perseverând în meditație. În afară de tehnicile meditative descrise de P a t e I (1984) trebuie să menționăm și „Meditația transcendentală” (MT), pusă la punct de Maharishi Mahesh Yogi și bine cunoscută astăzi în cultura occidentală. Această tehnică reprezintă o formă de tranziție de la formele meditative religioase spre cele moderne, utilizate în psihoterapie. Ea conservă elemente de cult (prezența unui ritual de inițiere - „puja”), se învață în cadru organizat și nu permite clinicienilor să o practice cu pacienții (cu excepția situației în care terapeutul este în același timp instructor atestat de meditație transcendentală).

Știința modernă a redescoperit terapia cu ajutorul sunetelor, terapie ce are la bază ideea că fiecare celulă și țesut al organismului are propriul său ritm vibrator. Chiar și plantele cresc mai bine când sunt supuse acțiunii muzicii (W a t s o n, 1973). Desigur, sunetele au efecte pozitive și negative și de aceea trebuie să avem grijă cum ne alegem mantra.

79

- Meditația experiențială.

Natura este obiectul cel mai potrivit pentru contemplare.

Pacientul poate obține o stare de pace interioară intrând în rezonanță cu natura. Se pot utiliza astfel de indicații:

1. Așezați-vă sub un copac și contemplați minunatele pajiști înverzite.
2. Stați relaxat în grădină și savurați mirosul de fân cosit.
3. Ascultați sunetul valurilor mării sau cel al unei căderi de apă, uitați de sine în timp ce ascultați; lăsați ca vibrația sunetului să vă umple mintea, trupul întreg, vibrați odată cu acesta.
4. Țineți un măr în mână. Căutați să-i simțiți forma și textura, priviți-i și examinați-i culoarea cu atenție, mirosiți-l. Apoi închideți ochii și încercați să păstrați în minte tot ce ați văzut și simțit.
5. Simțiți mirosul vântului. Ce poartă el? Mirosul sărat al mării sau mirosul de brad al munților?
6. Relaxați-vă pe nisipul unei plaje și căutați să deveniți una cu aceasta, complet destins, fără nici un pic de tensiune.

7. Priviți picăturile de ploaie care cad pe pământ. Căutați să vedeți unde cade fiecare picătură.

Uneori intrăm spontan în meditație. Acestea sunt momentele când simțim bucurie, pace, armonie, liniște și unitate cu tot ce este în jur. Nu mai suntem în stare de separare, ci de unitate; e ca un fel de reverie.

- Meditația de tip devoțional Contemplarea mistică, rugăciunea, concentrarea asupra unor idei religioase, practicarea cântecelor rituale cu inima plină de dragoste și compasiune nu sunt altceva decât tehnici meditative de tip religios. Indiferent de credință (creștină, budistă, musulmană sau

80

mozaică) importantă este încrederea în Dumnezeu și deschiderea persoanei către dragoste, compasiune și înțelegere pentru ceilalți. Cei care practică astfel de tehnici au descoperit scânteia divină din ei și simt iubire pentru toate ființele.

Concentrarea și contemplarea nu sunt decât primii pași către o stare meditativă, adevărată, din Yoga, stare care nu poate fi descrisă în cuvinte și se află dincolo de limitele eului individual.

Oricum, pentru oamenii obișnuiți, ceea ce a fost descris aici e suficient pentru a-i menține într-o stare de sănătate fizică și psihică. Formele moderne ale meditației, simplificate și scoase din contextul esoteric și religios au proprietăți terapeutice remarcabile, putând fi aplicate cu succes în clinică, ele dovedindu-se a fi strategii eficiente de prevenire și combatere a stresului.

Tehnicile meditative sunt înrudite cu tehnicile pe bază de biofeed-back, tehnici care îi ajută pe pacient să devină conștient și să controleze procesele fiziologice autonome din organism, precum și cu tehnicile de relaxare bine cunoscute astăzi în clinică.

Dintre tehnicile de meditație adaptate și standardizate pentru clinică, cele mai cunoscute sunt C.S.M. - meditația standardizată pentru clinică (C a r r i n g t o n, 1978) și meditația asupra respirației - R.O.M. (B e n s o n, 1975). Aceste metode sunt medicale și nu aparțin vreunui cult.

În cadrul metodei C.S.M. pacientul alege un sunet de pe o listă standardizată de sunete (sau elaborează unul conform instrucțiunilor) și apoi îi repetă mental, fără a lega în vreun fel repetarea sunetului de ritmul respirator.

81

Aceasta este o tehnică de meditație permisivă și nu presupune efort.

În schimb, în metoda R.O.M., pacientul repetă cuvântul ONE (unu în limba engleză) sau alt cuvânt sau propoziție, căutând să realizeze pronunțarea mentală a respectivului cuvânt pe fiecare expirație. Aceasta

este o formă de meditație ceva mai pretențioasă care presupune mai multă autodisciplină din partea subiectului.

Patricia Carrington (1984), autoarea meditației C.S.M., arată că terapeutul trebuie să descrie pacientului tehnica și să menționeze acele cercetări care au demonstrat că metoda se potrivește în cazul simptomelor și problemelor pe care le prezintă acesta. Trebuie precizat, de asemenea, că acest tip de meditație are un caracter laic și este bine pus la punct sub aspect științific. În același timp, pacientul trebuie să fie instruit și cu privire la faptul că metoda nu presupune nici un fel de concentrare a atenției, ci se desfășoară în mod automat. Pacienții cu personalitate de tip A (orientați spre succes, hiperactivi, dominatori, ambițioși, perfecționisti!) pot opune rezistență în învățarea meditației pentru că se pot teme că aceasta le -ar dezorganiza stilul supraîncărcat de viață. Acestor pacienți trebuie să li se explice faptul că practicarea regulată a meditației îi va face și mai eficienți.

Meditația se practică într-o încăpere liniștită, în condiții corespunzătoare de temperatură și lumină, subiectul adoptând o poziție relaxată șezând (nu culcat, pentru că riscă să intre în somn natural). La început subiectul repetă mantra cu voce tare, după instructor. Mantra se alege dintr-o listă standard care cuprinde 16 modele (Se utilizează sunete care rezonează, adesea terminate cu consoane nazale și despre

82

care cercetările au demonstrat că au efect calmant asupra sistemului nervos al majorității oamenilor. Nu este necesar ca mantra să aibă semnificație pentru subiect. Frecvent se folosesc mantră ca: Ahnam, Shi-rim sau Ra-mah). Meditația propriu-zisă constă în repetarea mentală, automată, timp de 15 -20 minute a silabei respective. Dacă subiectului îi vin gânduri parazite, el readuce încet, înapoi mintea la obiectul concentrării. Se recomandă două ședințe pe zi.

Instructorul discută cu pacientul după ce acesta a terminat meditația, răspunde la toate întrebările sale și corectează eventualele erori de practică ce pot rezulta din relatările verbale ale pacientului.

Cercetările au arătat că aproximativ 50 % din subiecții adulți care au învățat tehnica, continuă să o utilizeze cu regularitate un timp mai îndelungat (Carrington, 1977). Există și un număr de subiecți care practică meditația în mod discontinuu sau doar o dată pe zi. Studiile clinice au pus în evidență faptul că și o practică discontinuă are asupra subiectului unele efecte benefice în ceea ce privește reducerea unor simptome legate de stres. Aceeași autoare ne avertizează asupra unor aspecte de care trebuie să se țină seama în practicarea tehnicii meditative (C.S.M.).

1. Există persoane care se dovedesc hipersensibile la meditație și nu pot suporta o ședință standard de 15 - 20 minute. Astfel de probleme pot fi rezolvate adaptând timpul de meditație particularităților individuale ale persoanei.

2. Suprameditația poate fi periculoasă (dacă luăm o pastilă ne simțim mai bine, dacă înghițim tot flaconul ne intoxicăm).

În urma practicării meditației prelungite se pot produce descărcări de material emoțional pe

83

care pacientul nu-l mai poate controla. Mai ales la persoanele cu antecedente psihiatrice se pot produce episoade de tip psihotic (Carrington, 1977; Lazarus, 1976). Există diferite secte care recomandă adeptilor câte 4 ore de meditație pe zi și mulți dintre practicanți relatează producerea unor efecte de „spălare a creierului”.

3. Meditația poate crește acțiunea unor medicamente. Din acest motiv, consumul de substanțe anxiolitice, antidepresive, antihipertensive și a reglatoarelor tiroidiene trebuie controlat atent la practicanții meditației. Adesea o practică suficient de îndelungată a meditației poate duce la reducerea dozelor de astfel de substanțe sau o terapie de tip discontinuu. Din acest motiv, meditația clinică trebuie practică cu moderație și sub îndrumarea unor specialiști, psihoterapeuți clinicieni.

ASPECTE FIZIOLOGICE ALE MEDITAȚIEI

Toate tehnicile simple de meditație, inclusiv meditația transcendențială au ca element comun faptul că ele produc rapid o stare de relaxare profundă care prezintă anumite caracteristici.

Cercetările de laborator au demonstrat că în timpul meditației, corpul și mintea intră într-o stare de odihnă profundă.

- Consumul de oxigen scade după 20—30 minute de meditație la un nivel atins doar după 6 -7 ore de somn (Wallace, Benson, Wilson, 1971).

- Ritmul cardiac și cel respirator se reduc, de asemenea, în urma meditației (Alison, 1970; Wallace, 1970).

84

- Se produce o vasodilatație periferică și o creștere a temperaturii la nivel cutanat (măsurată la nivelul

frunții) (R i l l e r s t a e d t; Schenkluhn, cit. Kannellakos, 1974). Această din urmă modificare pare să sugereze o trecere la dominantă parasimpatică.

- Crește, de asemenea, rezistența electrică a pielii (W a l l a c e, 1970), ceea ce sugerează o scădere a anxietății; în același timp apare o reducere bruscă a concentrației acidului lactic în sânge (Wall ace ș.a., 1971).
- Electroencefalograma realizată în timpul meditației arată un traseu de veghe relaxată, cu predominanță alfa și unde teta ocazionale, cât și patternuri neobișnuite de trecere bruscă de la ritmul alfa la ritmuri mai lente, apropiate de cele de somn și de la acestea înapoi la ritmurile alfa (Das și Gastant, 1957; Wall ace ș.a., 1971).

Aceste date sugerează faptul că meditația este o stare modificată de conștiință de tip fluid, conținând elemente de veghe și somn și prin aceasta semănând cu stările hipnagogice (de trecere de la somn la veghe). O serie de cercetări au arătat că stările meditative se deosebesc de veghea realizată cu ochii închiși, cât și de unele stări hipnotice (B r o w n, S t e w a r t și B I o d g e 11; cit. Kanellakos, 1974; Wall ace, 1970; Wall ace ș.a., 1971). S-a dovedit și că în timpul relaxării de tip meditativ apar fenomene specifice fazei de somn R.E.M. (non-rapid eye-movement) dar de data aceasta în stare de veghe. W a l l a c e ș.a. au denumit meditația ca o „stare de veghe hipometabolică” (1971), iar Gell -horn și Kiely o denumesc „stare de

dominanță trofotropică compatibilă cu con-

85

știința (starea de veghe) deplină” (G e l l h o r n e și Kiely, 1972).

Practicată cu regularitate meditația produce modificări comportamentale durabile în sens pozitiv, pe aceasta bazându-se aplicațiile ei terapeutice.

APLICAȚII CLINICE ALE MEDITAȚIEI

Studiile clinice și cercetările experimentale arată că meditația are o serie de efecte benefice asupra organismului, dintre care menționăm: 1. Reducerea tensiunii psihice și anxietății Cercetările au demonstrat că se produce o reducere masivă a anxietății la subiecții care au practicat meditația transcendențială (C a r r i n g - t o n, 1977).

G I u c k (1973) a demonstrat experimental pe un grup de bolnavi psihici că în urma practicării meditației s-a putut realiza la pacienți o reducere masivă a medicației psihotrope (meditația a fost practicăată timp de câteva săptămâni). La acești pacienți au putut fi reduse și sedativele, iar la unii pacienți sedativele au putut fi chiar eliminate.

Efectul tranchilizant al meditației diferă de cel al medicației psihiatrice. În timp ce medicamentele produc o lentoare psihomotorie, amețală și scăderea vigilenței, relaxarea produsă de meditație nu scade cu nimic acuitatea psihică, ba chiar la unii pacienți o crește (la unele grupe de meditanți a fost găsită o reducere a timpului de reacție) (A p p e l l e și O s w a l d, 1974), cât și o rezolvare mai corectă și mai rapidă a sarcinilor perceptiv-motrice (R i m o n d, 1978), comparativ cu grupele de control.

86

Deci, meditația se recomandă în cazurile de anxietate unde poate înlocui sau se poate adăuga tratamentului medicamentos.

2. Ameliorarea simptomatologiei bolilor psihosomatice produse de stres

Cercetările au pus în evidență îmbunătățiri ale patternului respirator la pacienți cu astm bronșic în urma practicării meditației (H o n s b e r g e r și Wilson, 1973).

De asemenea, în urma practicării meditației s-a înregistrat o scădere a tensiunii arteriale la pacienții hipertensivi, atât la cei tratați, cât și la cei netratați (B e n s o n, 1977; P a t e n, 1973; 1975-p. 19; 20).

S-a mai constatat, de asemenea:

- Reducerea contracțiilor ventriculare premature la pacienți cu cardiopatie ischemică (Bensen, Alexander și Feldman, 1975).

- Reducerea nivelului colesterolului în sânge (Cooper și Aygen, 1979).

Patel și North (1975) au realizat un studiu pe un lot de 34 de bolnavi hipertensivi diagnosticați. Lotul a fost împărțit în două subgrupe: o subgrupă a realizat tratament pe bază de tehnici de relaxare și meditație, de 2 ori pe săptămână, timp de 6 săptămâni. Pacienții sub grupei de control au fost instruiți să stea culcați și să se relaxeze cum cred ei. După încetarea tratamentului pacienții au fost urmăriți în continuare timp de 3 luni. Medicația a rămas constantă.

Rezultatele au arătat o scădere mică, dar semnificativă a tensiunii sistolice și diastolice la grupul martor și o scădere mult mai mare a tensiunii arteriale la grupul de experiment. Diferențele dintre cele două grupuri au fost semnificative pentru $p < 0,005$.

87

După 2 luni s-a constatat că nivelul tensiunii arteriale la grupul martor revine la valorile inițiale (adică H.T.A.), în timp ce la grupul de experiment reducerile de tensiune obținute se mențin. Tot Patel și North (1976 b) a obținut după o practică de 6 săptămâni la 14 pacienți hipertensivi o reducere a tensiunii medii sistolice de la 171 la 148 mmHg și a tensiunii medii diastolice de la 103 la 85 mm Hg. Nivelul mediu al colesterolului s-a redus de la 242 la 217 mm per ml ($p < 0,001$).

- Ameliorarea insomniilor și a tulburărilor de somn (Miskimen, 1978; Wolf, Carr-Kaffashan, McNulty și Lehrer, 1976).

- O mai bună evoluție la pacienții logonevrotici (McIntyre, Silverman și Troter, 1974).

- Unii autori citează chiar o mai bună evoluție a bolnavilor psihici, bineînțeles fără abandonarea medicației psihotrope.

3. Creșterea productivității psihice a pacienților

Meditația poate contribui la o creștere a eficienței generale prin eliminarea risipei de energie, eliminare care se poate manifesta prin scăderea nevoii de somn în timpul zilei. Se constată, de asemenea, o mai bună stare fizică și psihică, o creștere a fluentei ideative, a concentrării atenției cât și o deblocare a disponibilităților creative ale subiectului.

4. Ameliorarea autoacceptării

Unul din efectele benefice ale meditației este ameliorarea imaginii de sine și a autoacceptării subiectului, acesta reducând semnificativ timpul pe care îl pierde pentru a se autoblama. Aceasta este probabil o consecință a generalizării atitudinii non-critice adoptate de pacient în timpul meditației.

88

I

În același timp, mulți meditanți devin mai toleranți cu greșelile celor din jur, ceea ce contribuie la ameliorarea relațiilor interpersonale.

5. Reducerea tendinței spre toxicomanie Lively și Jaffe (1974; 1975) au arătat că la persoanele care au practicat meditația un timp mai îndelungat (un an sau mai mult) se constată o scădere a consumului de droguri: marihuana, amfetamine, barbiturice și substanțe psihedeliice (L.S.D.). Oricum, la acești toxicomani consumul de droguri capătă un caracter discontinuu.

Aceeași descreștere a consumului de substanță toxică se constată la fumători și la cei care abuzează de alcool (Shafii, Lively și Jaffe, 1976).

Meditația este deci recomandabilă mai ales în fazele incipiente ale toxicomaniei.

6. Ameliorarea dispoziției afective

Atât cercetările, cât și studiile clinice au arătat că persoanele cu dispoziție depresivă tind să-și amelioreze starea în urma practicării meditației (Carrington, Collings, Benson, Robinson, Wood, Lehrer, Woolfolk și Cole, 1980). În cazul reacțiilor depresive acute, pacienții nu răspund bine la meditație, ei neavând suficientă răbdare să o practice (Carrington și Ephron, 1975).

Meditația este indicată în depresiile nevrotice de intensitate ușoară și moderată.

7. Creșterea rezonanței emoționale Persoanele care practică meditația relatează adesea faptul că resimt emoțiile mai viu (plăcere, bucurie, dragoste, tristețe, mânie). Adesea ei trăiesc emoții care înainte le erau inaccesibile. Adesea se produc trăiri emoționale chiar în timpul meditației, acestea fiind asociate cu amintiri încărcate emoțional, în acest fel

39

producându-se un fel de catharsis (descărcare) a pacientului (Carrington, 1977). Deci, putem indica meditația acolo unde subiectul prezintă o încălcare afectivă și o tendință la hiperintelectualizare.

8. Întărirea sentimentului identității personale

Meditația pare să crească independența psihică a persoanei. Persoanele care au un puternic sentiment al

diferențierii de ceilalți, care se autoconduc din interior, își utilizează eul propriu ca sistem de referință pentru judecăți și decizii sunt denumite de psihologi persoane „independente de câmp”. Dimpotrivă, persoanele cu un sentiment mai redus al identității lor, separate de alții, care se bazează mai mult pe sursele externe în definirea atitudinilor și judecăților lor, sunt denumite „dependenți de câmp”. Studiile au arătat că în urma practicării pe o perioadă mai îndelungată de timp a meditației, subiecții au manifestat tendința spre o mai mare independență de câmp (Hirshman, 1977; Pelletier, 1978). Astfel de studii pledează pentru ideea că practicarea meditației poate produce modificări fundamentale în modul în care individul își percepe eul propriu.

După o perioadă de practică, meditanții au afirmat că sunt mai conștienți și mai siguri de opiniile lor decât la începutul practicii, ei nemaiputând fi tot atât de ușor influențați de alții ca înainte. În același timp ei pot lua deciziile mai rapid, mai ușor și mai eficient, își pot afirma mai ferm punctul de vedere și pot lupta mai eficient pentru drepturile lor.

9. Scăderea nervozității și irascibilității Scurt timp de la începerea practicii, persoanele care meditează devin mai puțin nervoase și

90

irritabile în relațiile interpersonale (Carrington ș.a., 1980).

Au fost utilizate numeroase încercări pentru a identifica acele trăsături de personalitate caracteristice ale persoanelor care răspund bine la meditație. Majoritatea studiilor de acest gen au utilizat populații de normali (fără tulburări psihopatologice manifeste), deși criteriile eficienței practicării meditației au avut în vedere aspecte clinice (ameliorarea dispoziției, eficienței comportamentului). Beiman, Johnson, Puente, Majeed și Graham (1980) au constatat că cu cât subiectul are sediul autocontrolului situat mai în interior cu atât se obține o reducere mai însemnată a anxietății în urma practicării meditației (anxietatea a fost măsurată cu un inventar de anxietate: Fear Survey Schedule). Smith (1978) a constatat că reducerea anxietății în urma practicării meditației corelează moderat cu doi factori din cadrul testului de personalitate Cattell 16 PF: introverție (preocupare pentru ideile și trăirile emoționale interioare) și schizotimie (orientare neabătută spre scop, retragere în sine, plătitudine emoțională și răceală afectivă), în același timp Carrington ș.a. (1980) studiind stresul ocupațional într-o mare corporație, nu a găsit corelații semnificative între factorii de personalitate măsurați cu ajutorul testului Cattell 16 PF și reducerea simptomatologiei măsurată cu ajutorul unei liste de simptome (Revised 90 - item Symptom Checklist - SCL - 90 - R), aplicată în urma practicării meditației.

Schwartz, Davidson și Goleman (1978) raportează, pe baza unor date experimentale, că meditația ar produce o mai amplă scădere a simptomelor cognitive ale anxietății

91

decât exercițiile fizice, care tind să reducă mai mult aspectele somatice ale anxietății. Pe baza ipotezei lansate de Davidson-Schwartz, unii clinicieni tind să recomande meditația mai ales pacienților ale căror simptome se referă la aspecte cognitive ale anxietății și metode orientate mai mult fiziologic (ca de pildă, relaxarea progresivă a lui Jacobson, antrenamentul autogen al lui Schultz) acelor pacienți care manifestă mai mult simptome somatice ale anxietății (palpitații, senzații de sufocare etc). Făcând o sinteză a studiilor experimentale și clinice Carrington (1984) recomandă practicarea meditației în următoarele situații:

- Stări de anxietate și supraîncordare emoțională.
- Tulburări neurovegetative.
- Stări de surmenaj (oboseală cronică).
- Insomnie sau hipersomnie.
- Abuz de alcool sau tutun.
- Tendința exagerată spre autoacuzare.
- Depresii nevrotice subacute.
- Irascibilitate, rezistență la frustrație.
- Tendință exagerată la supunere, dificultăți de autoafirmare.
- Reacții psihopatologice la doliu; anxietate de separare.
- Blocarea productivității psihice și creativității.
- O trăire inadecvată pe plan afectiv.
- Situația în care este nevoie să se lichideze dependența pacientului de psihoterapeut (transferul) și să se accentueze autonomia pacientului (mai ales în fazele terminale ale unei psihoterapii).

În recomandarea practicării unei tehnici meditative trebuie să avem în vedere și următoarele aspecte:

92

a. Gradul de autodisciplină a pacientului

Meditația presupune un grad mai redus de autodisciplină decât alte modalități de control a stresului. Tehnica poate fi învățată într-o singură ședință, și nu solicită pacientul să memoreze și să practice anumite procedee ce presupun mai multe etape. Tehnica nu presupune nici măcar efortul de a vizualiza anumite grupe de mușchi care se relaxează sau construirea unor reprezentări mentale care să inducă calmul. Meditația este o tehnică de autoreglare a stărilor psihice aproape automată și din acest motiv ea este utilă pentru acei pacienți care nu sunt dispuși să acorde mult timp și energie pentru autoperfecționare sau atunci când avem nevoie de rezultate rapide.

b. Proprietățile de autoîntărire ale meditației Pentru mulți pacienți starea de pace și desțindere pe care ne-o dă meditația este trăită ca un fel de evadare din grijile zilnice. Această proprietate de a asigura o autoîntărire face ca meditația să fie atrăgătoare pentru mulți subiecți. Din acest motiv practicarea meditației poate fi recomandată acelor subiecți la care motivația de a învăța o strategie de luptă împotriva stresului nu e foarte puternică.

c. Contraindicații pentru pacienții cu o nevoie exagerată de autocontrol Pacienții care se tem de pierderea controlului asupra lor înșile pot identifica meditația cu hipnoza și pot avea rezerve în învățarea tehnicii. Chiar dacă aceștia își însușesc tehnica, ei o pot percepe ca pe o corvoadă, ca pe o reducere a dominantei sau ca pe o amenințare la nevoia lor de a-i manipula pe ceilalți. Aceștia au tendința de a abandona practica sau de a exersa în mod discontinuu. Astfel de subiecți au nevoie de o tehnică mai obiectivă pe care să o poată controla mai bine printr-un efort conștient.

93

Una din problemele pe care le pune practicarea meditației este posibilitatea descărcării masive a stresului acumulat. La unii dintre proaspeții practicanți ai meditației pot să se actualizeze la un moment dat simptome psihice și somatice legate de stres. Aceste simptome au un caracter temporar și sunt rezultatul descărcării unor tensiuni non-verbale acumulate (Carrington, 1977; 1978). Apariția acestor simptome poate fi utilă din punct de vedere terapeutic atunci când terapeutul știe cum să o manevreze în mod ;

corect. Cu toate acestea o descărcare prea

■ violentă a tensiunilor, mai ales la începutul

practicării meditației, poate uneori descuraja practicantul, unii subiecți ajungând până la abandonarea practicii.

O altă problemă care se pune ține de faptul că modificările rapide în sfera comportamentului subiectului pot intra în contradicție cu stilul său obișnuit de viață cât și cu mecanismele sale de apărare ale Euii.

Iată câteva din modurile în care modificările comportamentale produse la meditație pot alina stilul patologic de viață al pacientului:

- Meditația poate dezvolta la subiect o formă de autoafirmare care poate intra în contradicție cu soluția nevrotică de a adopta un comportament șters.

În aceste cazuri terapeutul trebuie să încerce să altereze acest model de comportament șters, estompat, înainte ca meditația să devină la pacient un mod de viață.

- Meditația tinde să producă la pacient sentimente de bine și optimism, sentimente ce pot amenința jucărea rolului de persoană depresivă, rol care îi servește pacientului pentru echilibrul său psihic de tip patologic.

- Sentimentele agreabile ce însoțesc meditația pot produce anxietate. De pildă, persoanele

94

care au sentimente de culpabilitate datorită masturbării pot identifica masturbarea (o experiență în care cineva se află singur și își produce o plăcere) cu meditația, caracterizând-o în mod inconștient ca pe o activitate interzisă.

- Meditația poate conduce la un stil de viață relaxat și pacificat, care amenință să altereze stilul vechi de viață care este tensional și care este utilizat în mod nevrotic ca o modalitate de apărare sau în slujba nevoii de putere, performanță sau control asupra evenimentelor. Pacienții care presimt ce se poate întâmpla, pot refuza să practice meditația sau dacă o încep, ei o practică discontinuu până când respectivele probleme de personalitate nu sunt rezolvate.

- Pacientul poate dezvolta uneori și reacții negative față de procesul meditației sau față de obiectul meditației (mantra). Acest lucru se poate întâmpla pentru că mulți pacienți consideră meditația ca pe ceva magic. Atunci când ei sunt forțați să recunoască faptul că tehnica variază ca eficiență în funcție de factorii externi sau în funcție de propria lor dispoziție sau stare de sănătate, ei devin nemulțumiți sau tind să abandoneze practica dacă psiho-terapeutul nu-i ajută să-și modifice expectatiile iraționale.

Din fericire astfel de probleme nu apar decât la relativ puțini meditanți.

Pentru a ilustra modul de aplicare al meditației în psihoterapie prezentăm un caz descris de Patrie și Carrington (1984). Meditația clinică a fost recomandată unei femei între două vârste pentru durerile de cap

care s-au dovedit rezistente la orice tratament. Celelalte simptome psihosomatice pe care le prezenta pacienta (ulcer gastric și colită) au putut fi tratate cu succes de către medic.

95

După ce a început practica meditației, simptomele (cefaleea) s-au accentuat pentru aproximativ o săptămână și apoi a dispărut brusc. Pacienta nu a mai avut dureri de cap timp de 4 luni ceea ce nu se mai întâmplase până atunci.

În același timp pacienta a observat la ea niște modificări de personalitate, pe care le-a atribuit meditației și care au pus-o pe gânduri. Ea a încetat să mai joace rolul de martiră și de sacrificată a familiei, începând să și afirme cu fermitate drepturile. Deși ea părea eficientă în acest nou rol (fiii ei adolescenți au început să-o respecte mai mult și să facă mai puține comentarii ironice la adresa ei), unii membri ai familiei au comentat faptul că ea a încetat să mai fie persoana drăguță care fusese până atunci. Pacienta s-a plâns de faptul că meditația a făcut-o să devină o persoană detestată, în același timp, pacienta a încetat să mai vorbească în mod compulsiv și fără rost, lucru comentat favorabil de alții, dar acompaniat în același timp de sentimentul de stânjenală pe care-l simțea în societate, sentiment ce era mascat de trănăneala ei compulsivă. Incapabilă să integreze noile schimbări în sfera personalității, pacienta a abandonat practica meditației, deși [-au reapărut durerile de cap. În acest punct terapeutul a sondat mai în profunzime problemele pacientei ajungând la concluzia că sursa primară a simptomelor acesteia era competiția cu sora ei, pe care părinții o considerau un copil model, în timp ce pacienta era tratată ca un copil rău, care crea numai probleme.

În adolescență pacienta a dezvoltat dorința compulsivă de a deveni mai „sfântă” decât sora ei, chiar dacă aceasta însemna sacrificarea tuturor dorințelor și nevoilor sale în favoarea

96

celorlalți. Chiar și simpla practică agreabilă a meditației îi părea pacienței ca un act egoist care îi strica imaginea de persoană care se sacrifică.

După clarificarea acestor probleme cu terapeutul și ședințe de role-playing în care pacienta a practicat forme pozitive de comportament autoafirmativ, pacienta a acceptat să reia practica zilnică a meditației. Curând ea a descoperit că procesul meditativ o împinge către o autoafirmare mai rapidă decât o poate suporta, în această situație terapeutul i-a recomandat să mediteze o dată pe săptămână, înaintea fiecărei ședințe de psihoterapie, terapeutul oferindu-i un suport tacit pentru tendința spre independență și autoafirmare și servindu-i de model pentru integrarea meditației în viața curentă. Pacienta aprecia ședințele de meditație realizate cu terapeutul ca fiind relaxante, plăcute și constructive.

Discuțiile terapeutice au avut ca obiectiv analizarea sentimentelor de culpabilitate pe care le-a dezvoltat pacienta în urma practicării meditației.

În urma acestei abordări durerile de cap au dispărut din nou și pacienței i-au reapărut modificările de personalitate care apăruseră în urma practicării zilnice a meditației. Printre acestea s-a numărat și reîmprospătarea vieții imaginative care suferise o sărăcire la pacientă în ultimul timp.

PSIHOTERAPII DE ORIENTARE COMPORTAMENTALĂ

Orientarea comportamentală a apărut ca o reacție față de psihoterapiile bazate pe „insight” (iluminare) care puneau un accent deosebit pe forțele ascunse, de natură inconștientă ale psihicului uman.

Baza teoretică a terapiilor comportamentale își are originea în teoriile învățării, care considerau că personalitatea umană se structurează și funcționează în raport de stimulii exteriori, de situațiile, rolurile și interacțiunile sociale și nu de forțele psihice interne, abisale, în formele sale extreme, orientarea comportamentală neagă total existența factorilor psihologici de natură interioară. Terapeuții comportamentaliști se ocupă de comportamentul observabil și de condițiile de mediu care îl modelează, psihoterapia fiind înțeleasă ca un proces de învățare. Conform acestei orientări nevroza este considerată ca un fenomen învățat și prin aceasta își pierde caracterul misterios.

Reacțiile, emoțiile și deprinderile dezadaptative au fost achiziționate în cursul vieții individului și ele s-au fixat deoarece au permis cândva subiectului să evite anumite experiențe traumatizante. Ele tind să fie repetate nu numai în prezența stimulilor aversivi care le-au generat ci și într-o serie de situații cu caracter similar. Aceste reacții nedorite fac obiectul psihoterapiei care își propune să le elimine. Deci, în concepția comportamentaliștilor psihoterapia

98

nu mai vizează o restructurare și reconstrucție a personalității, ci doar reducerea și eliminarea simptomelor. Astfel, Renshaw (cit. Lazarus, 1987) arată că psihoterapia este considerată ca un set de procedee menite să elimine o multitudine de reacții emoționale cu caracter dezadaptativ, de comportamente nedorite și să elaboreze modele de comportament mai eficiente, care să permită individului să facă față sarcinilor coti-

diene, să interacționeze adecvat cu alte persoane și situații.

Conceptele de bază ale psihoterapiei comportamentale sunt cele de întărire socială și de control al comportamentului. Principiul întăririi se referă la utilizarea și manipularea stimulilor ambianței astfel încât anumite categorii de comportamente să fie recompensate și în felul acesta să crească probabilitatea lor de manifestare. Psihoterapia devine astfel un proces logic de control al comportamentului bazat pe cunoașterea condițiilor care permit modificarea acestuia.

Decon condiționarea ca principiu terapeutic nu prezintă o noutate în terapie, încă înainte ca teoriile învățării să capete în psihologie o amploare atât de mare, a fost utilizată așa-numita tehnică a „practicii negative” (Dunlap, 1917; 1932) în tratamentul logonevrozelor și nevrozelor motorii (mai ales în terapia ticurilor). Această tehnică solicită pacientul să practice în mod deliberat deprinderea greșită astfel încât aceasta să se supună controlului voinei. Aceste procedee sunt cunoscute sub denumirea de de-condiționare, desensibilizare sau reeducare. După anul 1950 aceste practici psihoterapeutice au luat amploare, astfel încât la ora actuală orientarea comportamentală a

99

devenit una din direcțiile prioritare în psihoterapia contemporană.

Terapeuții de orientare comportamentală citează adesea unul din celebrele experimente ale lui Watson și Rayner (1920) în cursul cărora un copil de 11 luni a fost condiționat să dezvolte o reacție de frică în prezența unui șobolan alb, prin asocierea prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic. Treptat tema s-a generalizat, ea apărând și la alte animale sau obiecte fabricate din blană sau pluș.

Watson și Rayner au anticipat principiile psihoterapiei comportamentale afirmând că dacă stimulul generator de teamă ar fi asociat cu un stimul agreabil, teama ar putea fi eliminată.

Astfel, dacă pacientul este instruit să-și imagineze o experiență anxiogenă într-o situație terapeutică relaxantă și securizantă el va constata curând că experiența respectivă nu este urmată de consecințele negative așteptate, reacția de evitare având un caracter nevrotic. Prin intermediul unor procedee de acest tip pacientul învață să discrimineze între pericolele reale și fricile sale iraționale. Această interpretarea pune accentul pe înțelegerea semnificației stimulilor de către pacient, depășind limitele stricte ale conceptului de condiționare. Din acest motiv mulți psihoterapeuți contemporani tind să interpreteze în felul acesta condiționarea, ei generând orientare denumită „psihoterapie cognitiv-comportamentală” (Goldfried și Goldfried, 1975; Meichenbaum, 1974).

Această abordare reduce discrepanța dintre psihoterapiile dinamice și cele comportamentale -

100

tale. Diferența esențială între cele două orientări terapeutice menționate constă în modalitatea lor diferită de abordare a simptomelor. Orientarea dinamică este de părere că simptomul nu este important prin el însuși, el fiind un simbol al unui proces nevrotic cu caracter mai profund. Acest proces psihopatologic trebuie scos la lumină și numai în felul acesta pacientul va deveni mai adaptat la existență. Pentru terapeuții comportamenaliști această orientare este un non-sens. Simptomul nu simbolizează nici o problemă mai profundă, ci reprezintă el însuși o problemă care trebuie eliminată fără pretenția de a modifica altceva din structura personalității pacientului. Dacă simptomul a fost achiziționat prin învățare, efortul terapeutic trebuie orientat în direcția inversării procesului de învățare.

În concepția terapeuților de orientare dinamică înlăturarea simptomului nu este considerată vindecare. Mai mult, această eliminare fără a curăța procesul nevrotic de bază este considerată periculoasă pentru că simptomul este doar expresia superficială a unui proces psihopatologic profund, care poate genera noi simptome adesea mai severe decât cel abordat.

Terapeuții comportamenaliști nu-și pun astfel de probleme, scopul psihoterapiei constând în decon condiționarea subiectului de comportamente nedorite și în înlocuirea lor cu comportamente dezirabile. În perspectiva behavioristă persoana de-zadaptată este diferită de cea normală prin aceea că a eșuat în dobândirea unor abilități de a face față evenimentelor cotidiene și în același timp a achiziționat modele de comportament greșite.

101

TEHNICI ALE PSIHOTERAPIEI

COMPORTAMENTALE

(după Coleman, Bucher, Carrson, 1984)

1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite.

Modelele de comportament învățate au tendința de a slăbi și de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător. Acest fenomen este evident mai ales în situațiile în care comportamentul nedorit a fost întărit fără voie de alte persoane.

Astfel, copilul Billy, de 6 ani, a fost adus la clinica de neuropsihiatrie infantilă pentru că detesta școala, comportamentul său în clasă având un caracter agresiv care deranja lecțiile și făcea ca Billy să fie respins de colegii săi. Observând cu atenție comportamentul părinților în timpul interviului clinic psihoterapeutul a constatat că ambii părinți erau foarte permisivi și aprobau tot ce făcea sau spunea copilul. Programul de psihoterapie propus a cuprins următoarele etape:

- a. Părinții au fost ajutați să discrimineze între comportamentele reale și cele cu caracter demonstrativ ale copilului.
- b. Părinții au fost învățați să ignore copilul, ne-acordându-i interes și atenție atunci când punea în funcțiune comportamente demonstrative. Ei trebuiau, dimpotrivă, să manifeste aprobare pentru comportamentele dezirabile.
- c. Învățătoarea a fost, la rândul ei, instruită să-l ignore pe Billy când acesta se comporta necorespunzător și să-i acorde atenție când se comporta bine.

Comportamentele nedorite, cu caracter demonstrativ, ale copilului, s-au accentuat în clasă în primele zile, ele reducându-se apoi din ce în ce.

102

ce mai mult, nemaifiind întărite de părinți și învățătoare.

O dată cu diminuarea acestor comportamente copilul a început să fie tot mai mult acceptat de colegi, ceea ce a constituit o nouă întărire a modelelor dorite de comportament și a modificat atitudinea sa negativă față de școală. Există două tehnici psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite: - terapia implozivă; - tehnica expunerii (flooding). Ambele tehnici utilizează principiul stingerii reacțiilor condiționate de evitare a stimulilor anxiogeni și din acest motiv sunt indicate în tratamentul tulburărilor anxioase. Metodele sunt asemănătoare în esență, diferența constând în aceea că în cursul terapiei implozive pacientul se confruntă cu situația anxiogenă în plan imaginar, în timp ce în cursul celei de-a doua tehnici confruntarea cu stimulul anxiogen are loc chiar în realitate, în cursul terapiei implozive pacientului i se cere să-și imagineze situații care îi produc anxietate; terapeutul, în loc să-l liniștească, manevrează astfel situația, încât să se producă o creștere masivă a anxietății. Prin expuneri repetate la situații anxiogene în condiții de securitate afectivă stimulii anxiogeni își pierd forța și comportamentul de evitare a respectivelor situații are tendința să se stingă. Hipnoza și medicamentele psihotrope pot fi utilizate pentru a crește sugestibilitatea subiectului și a facilita demersul psihoterapeutic. Confruntarea reală cu situațiile anxiogene (flooding) se utilizează cu succes mai ales la subiecții cu capacități imaginative limitate. Astfel, un pacient cu fobie de locuri înalte poate fi dus de terapeut

103

în astfel de locuri (pe acoperișul unor blocuri, pe poduri etc).

Într-un studiu pe pacienți cu agorafobie (teama de spații deschise), Emmelkamp și Wesels (1975) au demonstrat experimental că expunerea prelungită la stimuli anxiogeni în vivo s-a dovedit superioară celei imaginative. Cu toate acestea, există și subiecți pentru care expunerea reală la stimuli anxiogeni este prea dură.

Aceiași autori (Emmelkamp și Wesels, 1975) citează cazul unui pacient agorafobie, care s-a ascuns în pivniță de teama de a nu fi obligat să se plimbe pe stradă împreună cu terapeutul.

Datele clinice au demonstrat că deși marea majoritate a pacienților răspund favorabil la aceste tehnici, unii subiecți nu obțin rezultate, iar la un număr foarte mic se poate produce chiar o exacerbare a simptomatologiei. 2. Tehnica desensibilizării sistematice Această tehnică s-a dovedit utilă în reducerea unor modele de comportament nedorite, prin punerea în acțiune a altor modele comportamentale antagoniste.

Prin tehnica desensibilizării subiectul este învățat să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este incompatibil cu apariția anxietății în prezența unor stimuli anxiogeni reali sau imaginari.

Tehnica desensibilizării nu se adresează în exclusivitate comportamentelor fixate prin învățarea negativă, ci unei game mult mai largi de situații.

Termenul de „desensibilizare sistematică” îi aparține lui Wolpe (1969). Pornind de la principiul că modelele de comportament bazate pe anxietate nu sunt altceva decât răspunsuri condiționate, autorul a elaborat o metodă prin

104

care pacientul este învățat să rămână calm și relaxat în situații anxiogene. Metoda cuprinde următoarele etape:

- învățarea relaxării

Aceasta se realizează în primele șase ședințe de psihoterapie, după metoda relaxării musculare progresive a

lui Jacobson (1938). În unele situații se poate apela și la alte tehnici de relaxare, hipnoză, meditație și chiar la medicamente, pentru a facilita desensibilizarea subiectului.

- Stabilirea ierarhiilor

Tot în cursul primelor ședințe de psihoterapie se stabilește o ierarhie a situațiilor generatoare de anxietate pentru subiect, în ordine descrescătoare de la situația cea mai anxioasă până la cea mai puțin anxioasă. De pildă, în cazul unui copil cu fobie de câini, contactul direct cu animale mari poate prezenta stimulul cel mai anxios, pozele cu câini un stimul mai puțin anxios, iar prezența altor animale mici cu blană - un stimul și mai puțin anxios.

- Procedul desensibilizării

După ce subiectul stăpânește bine tehnica de relaxare și se cere să se relaxeze cu ochii închiși, în timp ce terapeutul îi descrie tot felul de scene, începând cu unele neutre și înaintând progresiv pe linia ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, aflat în relaxare, este solicitat să -și imagineze fiecare situație descrisă de terapeut, în momentul în care pacientul afirmă că simte anxietatea, ședința se încheie.

Tratamentul continuă până când pacientul devine capabil să rămână relaxat în timp ce își reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacție anxioasă de amploare.

Durata medie a unei ședințe de desensibilizare este de 30 minute, ședințele având loc de 2 -3 ori pe săptămână.

105

Un program complet de psihoterapie durează de la câteva săptămâni la câteva luni.

Există și variante terapeutice în cadrul cărora desensibilizarea are loc in vivo, pacientul fiind instruit să se confrunte și cu situații reale pe care și le-a imaginat în timpul ședințelor de psihoterapie.

Wol pe (1969) a subliniat următoarele situații în care tehnica desensibilizării s-a dovedit ineficientă:

- la pacienți cu dificultăți în învățarea relaxării;
- în cazul în care ierarhiile de stimuli anxioși sunt irelevante sau pot ghida greșit subiectul;
- în cazul existenței unei inabilități imaginative a subiectului.

Tehnica psihoterapeutică a desensibilizării s-a dovedit utilă într-o serie de situații cum ar fi: reducerea tracului de examen, terapia fobiilor, a tulburărilor anxioase, cât și în unele cazuri de impotență și frigiditate.

3. Psihoterapia aversivă Această metodă presupune înlăturarea mo delor nedorite de comportament prin metoda clasică a sancțiunilor. Sancțiunea presupune atât înlăturarea întăririlor pozitive cât și utilizarea unor stimuli aversivi. Cei mai des utilizați stimuli aversivi sunt șocurile electrice. Deși utile, pedepsele sunt rareori utilizate ca unică metodă de tratament.

Prima utilizare sistematică a tehnicii aversive aparține lui Kantorovich (1930) care a tratat alcoolicii prin administrarea unor șocuri electrice asociate cu prezentarea vizuală, mirosul și gustul unor băuturi alcoolice. Ulterior tehnica aversivă a fost aplicată la o gamă largă de tulburări sau deprinderi greșite cum ar fi: fumatul, consumul de băuturi alcoolice, mâncatul excesiv, dependența de

106

droguri, deviații sexuale și chiar în cazul unor comportamente psihotice bizare. La ora actuală utilizarea șocurilor electrice ca stimuli aversivi a scăzut mult, atât datorită aspectelor etice implicate, cât și datorită faptului că noile comportamente dezirabile induse prin această metodă nu au tendința de a se generaliza și la alte situații decât strict la cele asupra cărora s-a acționat direct. Au fost puse la punct procedee mai puțin periculoase și mai eficiente, cum ar fi, de pildă, metoda întăririi diferențiate în cadrul căreia sunt întărite comportamentele incompatibile cu cele indezirabile.

Psihoterapia aversivă reprezintă o modalitate de a stopa răspunsurile dezadaptative pentru o perioadă de timp în care ar exista posibilitatea de a produce modificări în stilul de viață al subiectului prin încurajarea modelelor de comportament adaptative care au tendința de a se autoîntări. Acest element prezintă o importanță deosebită deoarece, altfel, pacientul se va abține de la comportamentul nedorit în situația psihoterapeutică în care este sancționat, el continuând însă să le manifeste în situațiile reale, unde se simte în siguranță. 4. Metoda modelării

Această metodă presupune însușirea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea altor persoane cum ar fi terapeutul sau părintele.

Pacientul este confruntat cu anumite tipuri de comportament realizate de către terapeut și încurajat să le imite.

107

Astfel, de pildă, modelarea s-a dovedit eficientă în acumularea unor deprinderi de alimtare în dependentă la copiii deficienți mental. 5. Psihoterapia asertivă Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizat atât ca metodă de sensibilizare cât și de formare a unor abilități de a face față diverselor situații de viață.

Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul persoanelor care au dificultăți în stabilirea unor contacte interper-sonale datorită anxietății accentuate care îi împiedică să se exprime liber și chiar să-și manifeste sentimentele de afecțiune. Psihoterapia asertivă este indicată și în cazul subiecților care în mod constant îi lasă pe ceilalți să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor. Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăța pe subiect să-și exprime deschis și adecvat gândurile și sentimentele. Acest antrenament se desfășoară în etape, comportamentul asertiv fiind practicat inițial în cabinetul de psihoterapie și abia ulterior în viața reală. Se acordă o atenție sporită dezvoltării unor deprinderi și abilități de relaționare interpersonală. Pacienții timizi sunt învățați să adreseze altor persoane remarci directe și mai puțin confortabile, fără ca în spatele lor să se afle sentimente de ostilitate sau agresivitate (de pildă, se pot adresa partenerului remarci de tipul: „nu-mi place cum te-ai pieptănat” sau „această rochie nu-ți stă bine” etc). Wolpe (1969 b) a arătat că psihoterapia asertivă nu este eficientă în cazul fobiilor care se referă la stimuli cu caracter impersonal. De asemenea, tehnica nu este indicată nici în cazul anumitor tipuri de situații interpersonale; astfel, de pildă, în cazul unei persoane respinse de altcineva, psihoterapia asertivă mai mult tinde să agraveze situația decât să o rezolve.

108

6. Orientarea ce tinde să reconcilieze psihoterapia comportamentală cu terapia psihodinamică.

Arnold Lazarus (1971) este un psihoterapeut flexibil care are tendința de a reconcilia orientarea comportamentală cu cea psihodinamică. El afirmă că, de pildă, în spatele unui comportament fobie se poate ascunde o problemă mult mai complexă și mai profundă a pacientului, în opinia sa psihoterapeuții comportamenaliști nu trebuie să-și aplice tehnica în mod mecanic și rigid, ci trebuie să utilizeze o gamă mai largă de abordări ale pacientului, alegând, în urma unei examinări aprofundate a acestuia, acel demers terapeutic care se potrivește mai bine fiecărui caz în parte.

Arnold Lazarus (cit Richard Lazarus, 1976) prezintă un caz în care fobia de a traversa poduri ascunde în spatele ei un fenomen mai complex, care ar rămâne neobservat pentru un psihoterapeut comportamentalist care își aplică tehnica în mod clasic. • Pacientul: Simt o frică puternică atunci când trebuie să traversez un pod. Terapeutul: Mai ai și alte frici sau dificultăți? Pacientul: Doar complicațiile

care rezultă din

faptul că mi-e frică să trec peste un pod. Terapeutul: În ce fel această teamă îți

influențează viața? Pacientul: Am fost nevoit să renunț la un loc de

muncă excelent în Berkeley. Terapeutul: Unde locuiești? Pacientul: În San Francisco. Terapeutul: Atunci de ce nu te-ai mutat în

Berkeley?

Pacientul: Prefer să locuiesc în oraș. Terapeutul: Pentru a ajunge la acel institut trebuia să traversezi Golden Gate?

109

Pacientul: Da. Am consultat un psihoterapeut în San Francisco. Acesta a încercat să mă desensibilizeze, dar nu a reușit, și atunci m-a trimis la dumneavoastră. Nu era chiar atât de rău când eram în preună cu soția și copiii, dar chiar și atunci, Golden Gate, care are o lungime de o milă, mă aducea la capătul puterilor.

Terapeutul: Spune-mi, de cât timp ai această problemă?

Pacientul: De 4 ani. A apărut brusc când mă întorceam acasă de la serviciu pe podul Bay, pe care se circula foarte încet. Dintr-odată am fost cuprins de o stare de panică fără motiv. Îmi venea să intru în mașinile din fața mea. O dată am avut chiar senzația că podul se va rupe.

Terapeutul: Să revenim la situația în care panica a apărut pentru prima dată. Spuneai că te întorceai de la muncă. S-a întâmplat ceva la serviciu?

Pacientul: Nimic neobișnuit.

Terapeutul: Te simțeai bine la serviciu?

Pacientul: Da! Eram chiar propus pentru promovare.

Terapeutul: Ce însemna asta concret?

Pacientul: 3 000 de dolari în plus pe an.

Terapeutul: Asta însemna că trebuie să faci alt fel de muncă?

Pacientul: Da, trebuia să devin șef de serviciu având sub ordine mai mult de 50 de oameni.

Terapeutul: Ce ai simțit în legătură cu această situație?

Pacientul: Nu înțeleg ce vrei să spunei?

Terapeutul: Mă refer la modul în care ai resimțit responsabilitatea suplimentară. Simțai că ești la înălțimea ei, că poți să-i faci față!

110

Pacientul: Soția mea aștepta primul copil. Niște bani în plus ne -ar fi prins bine.

Terapeutul: Deci, în aceeași perioadă așteptai să devii tată și să fii promovat într -o funcție de conducere.

Trebuia deci să faci față la două noi roluri sociale solicitante: „tătic” acasă și „tătic” la serviciu. Aceasta s -a întâmplat atunci când ai fost cuprins de panică pe pod. Sunt convins că nu ai ajuns niciodată șef.

Pacientul: Nu. A trebuit să-mi cer transferul în oraș.

Terapeutul: Acum te rog să analizezi cu atenție întreaga situație. Ai avut vreodată vreun accident pe pod sau lângă un pod? Sau ai fost martorul unui accident în zona unui pod?

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Lucrezi în continuare pentru aceeași companie?

Pacientul: Nu. Am primit o ofertă mai bună, cu mai mulți bani, de la o companie din oraș. Lucrez la ei de aproximativ un an și jumătate.

Terapeutul: Câștigi mai mulți sau mai puțini bani decât ai fi câștigat la Berkeley?

Pacientul: Aproximativ la fel, dar prețurile au crescut așa că, de fapt, câștig mai puțin.

Terapeutul: Dacă nu ți -ar fi apărut fobia de poduri și ai fi lucrat la Berkeley pentru 3 000 de dolari în plus, unde crezi că te -ai afla astăzi?

Pacientul: În Berkeley, bineînțeles.

Terapeutul: Ca șef? Cu mai mulți bani?

Pacientul: Pe naiba! Cine știe? (Râde). Poate că aș fi ajuns chiar vice -președintele companiei.

Terapeutul: Și ce ar fi însemnat asta?

111

Pacientul: Glumesc, dar ar fi fost posibil să fie chiar așa.

Terapia, în cazul acestui pacient, a fost de plasată de la problema fobiei de poduri la unele aspecte din istoria vieții pacientului. Acesta era cel mai mic din cinci frați și și -a însușit aprecierea mamei sale că, spre deosebire de frații săi deosebit de dotați, nu va ajunge niciodată nimic în viață.

A fost utilizată tehnica desensibilizării, dar nu pentru fobia de poduri, ci pentru condiționările negative din copilărie. A fost realizată o ierarhizare a afirmațiilor făcute de mamă, afirmații care urmăreau minimalizarea calităților subiectului care a fost imunizat față de afirmații de acest tip. În același timp el a fost antrenat după metoda psihoterapiei asertive. Odată ce a căpătat încredere în sine, fobia de poduri a dispărut la fel de brusc cum a apărut. La pacientul în cauză fobia de poduri avea funcția de a preveni impactul cu neîncrederea și nesiguranța sa în domeniul profesional, al competenței, responsabilității și autorealizării. Acest caz ilustrează modul în care un terapeut comportamentalist s -a apropiat de o orientare psihodinamică în psihologie. O direcție prin care are loc reconcilierea orientării comportamentale cu cea psihodinamică o reprezintă interesul sporit al terapeuților pentru tehnicile de autoreglare și autocontrol al stărilor psihice.

Pacienții solicită ajutor psihoterapeutic pentru că dintr -un motiv sau altul nu se mai pot auto -controla (nu -și pot controla tensiunile musculare, ideile obsesive, fricile iraționale, nu se pot stăpâni să mănânce, să bea sau să manifeste comportamente agresive). Obiectivul terapiei comportamentale este, conform acestei orien-

112

țări, învățarea pacientului să -și redobândească autocontrolul asupra lui însuși. Psihoterapeuții comportamentaliști mai puțin ortodocși acceptă faptul că factorii interni: gânduri, intenții, expectații, planuri etc. joacă un rol foarte important în viața individului, chiar dacă ei sunt influențați și modelați de stimuli externi, de recompensele și sancțiunile oferite de mediul înconjurător.

Pacienții sunt astfel antrenați să -și recapete autocontrolul asupra impulsurilor, tendințelor, reacțiilor, comportamentelor sociale prin manipularea atât a factorilor interni cât și a celor externi.

Goldfried și Merbaum (1973) definesc autocontrolul ca fiind procesul prin care un individ devine factorul principal în ghidarea, direcționarea și reglarea acelor trăsături ale propriului comportament în vederea obținerii unor consecințe pozitive dezirabile. Autocontrolul reprezintă o capacitate dobândită, care se formează prin învățare, în urma unor contacte sociale variate, iar repertoriul tehnicilor de autocontrol se

construiește progresiv în cursul interacțiunii cu factori complecși din mediul înconjurător. În același timp, autocontrolul este rezultatul unei decizii personale, rezultate în urma unei de liberă conștiințe, în scopul de a integra acțiunile menite să conducă la scopuri de zăbire stabilite de individul însuși. Se poate afirma deci că autocontrolul este un proces mediat de instanțe de natură cognitivă, cu caracter conștient.

Metodele concrete de autocontrol includ tehnici de relaxare, autosugestie și de autoprogramare psihică.

113

7. Orientarea cognitiv-comportamentală în psihoterapie

Termenul de terapie cognitiv-comportamentală își are originile atât în domeniul psihologiei cognitive, care pune accent pe rolul ideilor asupra comportamentului, cât și al psihologiei comportamentale, cu orientarea sa riguros centrată pe obținerea unor performanțe. În prezent există o multitudine de demersuri cognitiv-comportamentale care au în comun mai ales două aspecte:

a. Convingerea conform căreia procesele cognitive influențează atât motivația cât și comportamentul.

b. Utilizarea tehnicilor de modificare a comportamentului într-o manieră pragmatică.

În cursul ședințelor de psihoterapie terapeuții și pacienții recurg la principiile învățării pentru a obține modificarea structurilor cognitive ale pacientului, evaluând permanent efectele pe care le au aceste modificări în comportament și în stilul de gândire. Pentru exemplificare prezentăm câteva date în legătură cu psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii, aparținând lui Beck, 1978.

Principiul de bază al acestui demers psihoterapeutic constă în aceea că starea depresivă rezultă din modul lipsit de logică în care pacienții gândesc despre ei înșiși, despre lumea exterioară și despre viitor. Aceste idei lipsite de logică au tendința de a se menține chiar și în contradicție cu realitatea, deoarece indivizii se angajează în comportamente autoblocante și autodestructive prin intermediul următoarelor mecanisme:

a. perceperea selectivă a lumii ca fiind amenințătoare, ignorând situațiile contrarii;

114

b. mecanismul suprageneralizării, prin care o experiență limitată este generalizată asupra tuturor sectoarelor vieții și activității (mă respinge o față, înseamnă că nu sunt bun de nimic);

c. amplificarea semnificației unor evenimente negative (am fost dat afară din serviciu - aceasta înseamnă sfârșitul vieții mele);

d. punerea în funcțiune a unor moduri de gândire absolutiste de tipul „totul sau nimic” (de pildă, comentariul răutăcios al unei persoane este o dovadă a lipsei noastre de valoare).

În cursul psihoterapiei cognitive-comportamentale a lui Beck, pacienții nu sunt solicitați să-și schimbe ideile (ca în cazul psihoterapiei rațional-emoționale elaborate de Ellis 1958; 1973; 1975), ci să culegă informații despre propria persoană în urma unor experiențe directe, informații menite să infirmе concepțiile lor greșite despre ei înșiși.

Terapeuții împreună cu pacientul identifică părerile, credințele și expectanțele greșite ale acestuia din urmă și le formulează sub forma unor ipoteze ce trebuie verificate. Se desemnează apoi modalitățile concrete de verificare a lor în viața cotidiană. Aceste experimente, menite să infirmе opiniile eronate și autoblocante, sunt astfel planificate încât să fie însoțite de succes. Sarcinile sunt ierarhizate în funcție de gradul de dificultate, astfel încât sarcinile mai ușoare vor fi duse la bun sfârșit înainte de abordarea unora mai dificile. Adesea pacientul și terapeuții notează și analizează activitățile cotidiene ale pacientului. Notarea activităților este deosebit de utilă pentru depresivi pentru că reduce tendința la inactivitate a acestor pacienți cât și tendința lor de a rumina gânduri în legătură cu ei înșiși.

115

Un loc important îl ocupă notarea evenimentelor pozitive pentru că mulți depresivi și-au pierdut capacitatea de a se bucura de ceea ce fac, de a obține plăcere în urma propriilor activități.

Atât notarea evenimentelor pozitive cât și administrarea unor recompense tind să sporească gradul de satisfacție și buna dispoziție a subiecților.

Pacienții sunt încurajați, de asemenea, să descrie afirmațiile implicite și gândurile automate care contribuie la formarea atitudinilor autodestructive. Ei sunt instruiți să-și monitorizeze conținutul ideativ și apoi să verifice permanent validitatea acestuia.

PSIHOTERAPIA PRIN INTERVENȚIE PARADOXALĂ

Paradoxurile au fascinat omenirea încă din cele mai vechi timpuri.

Este cunoscut paradoxul lui Epimenides din Megara, care spunea:

Toți cretanii sunt mincinoși

Epimenides este cretan

Deci, Epimenides este mincinos.

Dar dacă Epimenides este mincinos, atunci afirmația „toți cretanii sunt mincinoși”, trebuie să fie o minciună.

Psihoterapia prin paradox se bazează pe principiul că ne așteptăm ca o persoană să se modifice, rămânând de fapt neschimbată. Cea mai simplă formă de paradox pragmatic sau terapeutic constă în prescrierea simptomului, cu alte cuvinte, aceasta înseamnă încurajarea pacientului să devină tot mai simptomatic. Cristine Watson (1985) supunând conceptul de paradox și psihoterapie prin intervenție paradoxală metodei de explorare a opiniilor tip Delphi, realizează o sinteză a principalelor idei și definiții în legătură cu aceste concepte, elaborate de un grup de experți. A rezultat că psihoterapia prin paradox este acel demers terapeutic, în cadrul căruia terapeutul:

- Transmite un mesaj prin intermediul căruia limitează schimbarea pacientului sau a familiei aflate în terapie.

117

- Transmite două mesaje contradictorii, dintre care unul corespunde contextului psiho-terapeutic și care implică ideea că o schimbare ar trebui să aibă loc, iar al doilea mesaj transmis direct de către terapeut postulează faptul că schimbarea nu trebuie să aibă loc.
- Exagerează unele comportamente ale pacientului sau familiei sau folosește surpriza pentru a-i șoca și a-i scoate dintr-un cadru de referință rigid.
- Contracarează modurile paradoxale și ab surde ale familiilor aflate în terapie de a-și aborda problemele proprii printr-un paradox terapeutic.
- Localizează posibila funcționare a comportamentului-problemă și îl descrie ca pe un comportament care se menține prin mecanisme homeostatice.
- Apreciază pozitiv comportamentele tuturor participanților la terapie în cadrul unui anumit context sau situație.

Trebuie precizat faptul că este paradoxală acea intervenție a terapeutului pe care pacientul sau familia o percepe ca fiind lipsită de logică, contrară simțului comun sau irelevantă pentru scopurile terapiei. Nu a tăt intervenția prin ea însăși este paradoxală, ci modul în care aceasta este privită și înțeleasă de pacient. Dintre definițiile din literatura de specialitate preferate de participanții din cadrul grupului de experți investigați de Watson (1985) menționăm câteva:

1. O intervenție prin paradox poate fi definită astfel: „în cadrul unui context în care pacientul vine la terapie pentru a se modifica, terapeutul îi cere să se comporte într-o și mai mare măsură așa cum nu dorește pacientul, respectiv să producă și mai mult comportamentul nedorit; ținând seama de caracterul involuntar al com-

118

portamentului nedorit, terapeutul îl cere pacientului să producă în mod voluntar respectivul comportament (Madanes, 1981). 2. O intervenție paradoxală este orice indicație, comandă, predicție, afirmație, care, dacă este urmată sau acceptată, va produce opusul a ceea ce solicită prin intermediul ei. Succesul intervenției paradoxale depinde de evitarea de către pacient sau familie a instrucțiunilor terapeutului sau de urmarea lor până la punctul absurdității și apoi restruc turarea prin ricoșeu (Pap, 1980). 3. Intervenția prin paradox este acea intervenție menită să producă schimbări de ordinul II, respectiv schimbări în structura sistemului aflat în terapie (Watson ș.a., 1974). Se poate spune, cu alte cuvinte, că intervenția prin paradox, referitoare la un simptom constă în a solicita clientul (individ, cuplu, familie) să facă ceea ce ei fac deja, în viziunea terapeutului această indicație putând contribui la o schimbare.

Acest tip de intervenție conține în sine un element de surpriză, fiind contrară unor expectații rezultate din context și părând nelogică din punctul de vedere al acestor expectații ale pacientului.

Paloizi (1981) spunea că „oamenii sunt mai ușor influențați atunci când așteaptă un anumit mesaj și primesc în schimb un mesaj cu totul diferit” (p. 45), iar Erickson și Rossi (1979) subliniau faptul că orice expectație de tip șoc sau surpriză fixează pentru moment atenția și întreru pe șirul vechilor asociații facilitând schimbarea.

Din acest motiv este eficient ca orientarea terapeutică să aibă drept scop modificarea cursului gândirii pacientului referitoare la problema sa. Dacă nu se procedează astfel, terapeutul

119

poate intra în jocul pacientului, repetând la nesfârșit aceeași secvență comportamentală și făcând ca terapia să eșueze. Cheile demersului terapeutic prin paradox sunt „a gândi diferit” și „a acționa imprevizibil” (Caldwell, 1985).

Nu este încă suficient ca terapeutul să acționeze imprevizibil, ci această imprevizibilitate trebuie să se refere la aspectele de esență ale demersului psihoterapeutic. În cursul acestui demers trebuie stabilite noi conexiuni și trebuie acordate noi semnificații diferitelor aspecte ale problemei care îl frământă pe pacient. Utilizarea paradoxului în terapie captează atenția și poate furniza un nou curs gândirii. Astfel, individul nemaiaivând răspunsuri prestabilite va răspunde fa stimularea prin paradox printr-un comportament de căutare pentru a descoperi un răspuns adecvat. Datorită stimei mulțumite neașteptate, pacientul poate intra spontan într-o stare de transă ușoară, care poate fi adâncită de terapeut sporind eficiența demersului psihoterapeutic (Lankton, 1985). Funcționarea paradoxului se explică și prin aceea că el reprezintă o modalitate de a sparge cercul vicios prin intermediul căuia un simptom este menținut și exacerbă (Este cunoscut faptul că, cu cât omul dorește mai mult să adoarmă, cu atât rămâne el mai multă vreme treaz, însă trăindu-se insomnia).

ISTORICUL ABORDĂRIILOR

PSIHOTERAPEUTICE

PRIN INTERVENȚIE PARADOXALĂ

Începuturile psihoterapiei prin intervenție paradoxală au fost făcute de grupurile din Palo Alto, din cadrul Institutului de cercetări mentale,

120

și s-au concretizat în lucrarea: „Aspectele pragmatice ale comunicării umane” a lui Watzlawick, Beavin și Jackson (1967). Cu toate acestea este o eroare să spunem că tehnicile bazate pe paradox s-au născut o dată cu cercetările acestor specialiști, deoarece ele mente ale acestor tehnici figurau în mod implicit în diferite sisteme de psihoterapie. Astfel, încă Alfred (1914) a fost primul care a scris despre strategiile bazate pe paradox (Mazdierz, Macchitelli și Lisecki, 1976).

Dunlap (1928; 1930) a dezvoltat în psihoterapie procedeul denumit „practica negativă” care consta din prescrierea simptomului și era utilizat pentru simptome ca onicofalia, enurezisul sau balbismul. Principiul „practicii negative” a fost aplicat și de psihologii behavioriști. Astfel, Huli (1943) a elaborat un sistem teoretic pentru a explica aceste practici, el punând la bază lor conceptul de „inhibiție reactivă”.

Sățietatea de stimuli este o tehnică behavioristă mai recentă, tehnică ce se aseamănă cu metodele bazate pe paradox. Ea implică o expunere repetată și intensivă la acțiunea stimulului dezirabil pentru pacient. Astfel, Ayllon, 1963 (cit. Wess și L'Abate, 1982) relatează cazul unui pacient care avea obiceiul să sfâșie prosoape. Personalul medical a fost instruit să-i pună la dispoziție cât mai multe prosoape timp de 5 săptămâni, până când comportamentul simptomatic a dispărut.

Unul dintre cei mai reprezentativi precursori ai psihoterapiei prin paradox a fost Frankl (1939), care a pus la punct un demers terapeutic bazat pe principii existențiale, pe care l-a de-

121

numit logoterapie. Scopul logoterapiei era să-l determine pe pacient să-și accepte în mod conștient responsabilitățile personale. Una din tehnicile de bază ale logoterapiei este „intenția paradoxală” care constă în a solicita pacientului să facă să apară în mod voluntar simptomul. Intenția paradoxală se bazează pe principiul că nevroza anxioasă și reacțiile de tip fobie se caracterizează prin anxietate anticipatorie, care, la rândul ei generează condițiile de care pacientul se teme. Intenția paradoxală are rolul de a întrerupe cercul vicios în care se mișcă pacientul prin reducerea sau eliminarea anxietății de anticipare. Frankl sublinia faptul că el nu trata numai simptomul, ci modifica atitudinea pacientului față de nevroză. Rosen (1953) este un alt terapeut care a contribuit la dezvoltarea terapiei prin intervenția paradoxală. El a pus la punct un sistem de psihoterapie în care se pune accent pe rezolvarea unor aspecte ale comportamentului psihotic (când pacientul are tendința să se comporte bizar, terapeutul îi va recomanda să joace episodul morbid într-o manieră cât mai floridă, să „audă vocile” sau să „vadă vedeniile”). Această strategie avea drept scop descurajarea apariției simptomului și ideea de a-l ajuta pe pacient să-și elimine simptomul ca fiind „nebunesc”.

Gestalt - terapeuții utilizează adesea tehnica exagerării care presupune a cere clientului să repete și să amplifice anumite gesturi în ideea că un gest poate fi o încercare incompletă de a comunica (Levitsky și Pearls, 1970). Emrich (1970) prezintă un caz deosebit de sugestiv de amplificare a tehnicii exagerării: o

122

pacientă prezenta un tic caracterizat prin aceea că făcea un gest rapid cu degetul pe braț. Când mișcarea a fost amplificată, a rezultat că, de fapt, femeia făcea semnul crucii. Farrelly (Farrelly și Brandsma, 1974) a pus la punct psihoterapia provocată, care utilizează și ea metode de intervenție prin paradox. Acest tip de terapie are drept scop să producă un răspuns emoțional foarte puternic la pacient. Autorul utilizează mult

tehnica exagerării simptomului. Elementul cheie al acestui tip de terapie este umorul, care a generat prin tehnici ca exagerarea, grimasele, distorsionarea, ridicolul, sarcasmul, ironia și anecdotele. Poate cel mai important precursor al psihoterapiei prin paradox a fost talentatul hipnoterapeut Milton Erickson. Influența acestuia asupra dezvoltării domeniului psihoterapiei prin paradox este oarecum indirectă, majoritatea lucrărilor sale fiind prezentate de discipolul său Haley (1973) care a subliniat faptul că Erickson a fost un maestru în utilizarea paradoxului atât în hipnoză, cât și în psihoterapie în general. Erickson și Rossi (1975) identifică o serie de solicitări de tip conflictual utilizate în hipnoterapie, ca de pildă:

- oferirea unei alegeri libere între alternative comparabile („dorești să intri în transă acum sau mai târziu?”);

- solicitarea nivelului conștient cu efecte asupra nivelului subconștient („dacă subconștientul tău dorește să intre în transă se va ridica mâna dreaptă, altfel se va ridica mâna stângă”);

- utilizarea timpului ca agent al alternativei contradictorii (ex.: „dorești să scapi de această deprindere săptămâna aceasta sau săptămâna viitoare?”).

Stephen Lankton și Carol Lanyon (1985) studiind lucrările lui Erickson sintetizează obiectivele terapiei de tip ericksonian astfel:

1. Abordarea structurală a sistemului din cadrul căruia face parte pacientul (psihoterapie de familie).
2. Inducerea unor modificări durabile în comportamentul individual.
3. Trasarea unor sarcini și dezvoltarea unor comportamente adecvate nivelului de vârstă al pacientului.
4. Restructurarea atitudinală (modificarea sistemului de percepții, atitudini și convingeri ale pacientului).
5. Dezvoltarea la pacient a unei flexibilități afective și emoționale.
6. Modificarea gândirii legate de imaginea de sine (Se dezvoltă capacitatea pacientului de a anticipa modul în care va folosi noile soluții în situații variate; este vorba de a se imagina pe sine competent și capabil de a rezolva anumite situații).
7. Utilizarea paradoxului conform căreia bucuria de viață are la bază un mare efort de autodisciplină.

În terapiile sale, Erickson utilizează frecvent sistemul de inducție hipnotică dublă, cu doi terapeuți, care dădeau adesea sugestii contradictorii pacientului.

Studii interesante și recente asupra psihoterapiei prin paradox au prezentat și Pallozzi, Cecchin, Prata și Boscolo (1978) Week și Ullrich (1982; 1985), Watson (1985), Cade (1985) Frankl (1985), Lankton (1985), Rohrbaugh (1985), Madanes (1984) ș.a.

124

NATURA UMANĂ

ȘI TEORIA PARADOXALĂ

A SCHIMBĂRII

Watzlawick ș.a. (1974) arată că există două tipuri de modificări ale comportamentului:

a. Modificări de ordinul 1, în cadrul cărora sistemul în sine rămâne neschimbat, în timp ce părțile cu elementele sale se modifică. Aceste modificări sunt liniare, mecaniciste, cantitative, ele implicând utilizarea mereu a acelorași strategii de rezolvare de probleme. De pildă, tatăl încearcă să rezolve tulburarea de comportament a fiului pedepsindu-l din ce în ce mai mult, ceea ce nu rezolvă problema, interacțiunea dintre tată și fiu rămâne neschimbată.

b. Modificări de ordinul 2, care se referă la schimbarea sistemului în ansamblu. Ele sunt bruște și radicale, reprezentând un salt al sistemului la un alt nivel de funcționare, în acest caz modificarea este de natură calitativă, nu este previzibilă în mod logic și apare adesea brusc, neașteptat.

Intervențiile prin paradox produc modificări comportamentale de ordinul 2. (De pildă, tatăl încearcă să aplice o metodă complet diferită și neașteptată ca de exemplu aceea de a-l încuraja fiul să se poarte urât).

Simptomul a fost considerat în mod tradițional ca un comportament bizar, străin, necontrolabil, reprezentând o slăbiciune a omului. El a fost tratat de către psihoterapia tradițională ca un dușman al purtătorului său și al terapeutului, sarcina comună a acestora fiind de a lupta împotriva lui, de a-l vindeca. Psihoterapia prin

125

paradox consideră simptomul ca pe un prieten sau un aliat al pacientului, care va trebui să coopereze cu propriul simptom. Simptomul este acela care face schimbarea posibilă, motiv datorită căruia se cere pacientului să continue sau să exagereze producerea simptomului. Simptomele trebuie abordate în mod dialectic în termeni de opoziție, bipolaritate, contradicție (Rychlak, 1976).

Milton Erickson are părere că simptomul este un mod al pacientului de a comunica cu terapeutul. Acesta trebuie să-și pună întrebarea în ce mod simptomele sunt adaptive pentru pacient, ce beneficiu obține acesta de pe urma lor.

Astfel, primul pas în cadrul terapiei prin paradox este accentuarea părții pozitive a simptomului, urmată de redefinirea acestuia în termeni pozitivi. O abordare în termeni pozitivi a simptomului poate oferi pacientului sentimentul autocontrolului, al stăpânirii situației. Stanton (1981 b) ne prezintă o abordare strategică (sistemic paradoxică) asupra disfuncției:

- a. Simptomul trebuie privit ca un tip particular de comportament care funcționează ca un mecanism homeostatic care reglează tranzațiile familiale.
- b. Problemele pacienților nu trebuie abordate separat din contextul în care apar și separat de funcțiile cărora le servesc.
- c. Nu trebuie să ne așteptăm ca un individ să se schimbe prea mult, dacă nu se schimbă sistemul din care face el parte (familial, de pildă).
- d. Insight-ul (iluminarea) în sine nu este un precursor absolut necesar al schimbării. Scopul simptomului constă în a menține sistemul nemodificat, înghețat în repetiții de tip

126

cerc vicios sau de a crește frecvența comportamentelor de tip apatic sau abuziv care, în cele din urmă, pot să destrame însuși sistemul în cadrul căruia au apărut (Ulat, 1985). Se produce următorul fenomen: sistemul integrat într-un proces patologic își păstrează echilibrul de forțe prin aceea că membrul său cel mai slab, de regulă purtătorul de simptom, capătă putere și control asupra întregului sistem.

SIMPTOMUL CA METAFORĂ

Madanes (1984) afirmă că simptomul este un mesaj care poate exprima altceva decât apare în mod explicit (are un sens secundar).

Astfel, când un copil spune că îl doare capul, el se poate referi la mai multe tipuri de dureri. El poate spune că sentimentele sale sunt lovite și „ii dor”, că mama sa suferă sau poate cere în mod indirect ajutor la lecții, în același timp, un tip sau o secvență de interacțiune între doi sau mai mulți indivizi poate avea sens metaforic. Când o familie se prezintă la terapie, terapeutul trebuie să fie atent dacă nu cumva problema pe care aceasta o ridică, este o metaforă pentru un alt tip de comportament, lată, pentru exemplificare, o secvență (Madanes, 1984): Tatăl vine de la serviciu anxios și îngrijorat de faptul că ar putea fi concediat. Soția încearcă să-l încurajeze, iar copilul dezvoltă un astm bronșic. Tatăl începe să aibă grijă de copil, îl încurajează, îi administrează tratamentul. El nu mai este omul speriat că va fi concediat, ci omul competent. Adultul sigur de sine în relația cu copilul. Este oare posibil să-și fi planificat copilul comportamentul pentru a-și ajuta tatăl? Aceste

127

comportamente sunt, de regulă, neconștientizate. Această încercare a copilului de a-și ajuta părinții creează adesea o problemă mai gravă decât cea inițială, pentru că puterea copilului izvorâtă din simptom, asupra părinților poate deveni exagerată.

Când „planul” copilului este demascat, strategia de rezolvare a problemei devine rigidă: a aranja un nou tip de interacțiune în cadrul sistemului familial, care duce la același rezultat, dar în absența simptomului. Uneori, aceste planuri pot avea și un caracter conștient deliberat („dacă sunt bolnav tata nu o să mai plece de acasă și nu o să mai bea”). Este, însă, posibilă și varianta în care tatăl poate solicita în mod inconștient respectivul comportament din partea copilului sau acesta este solicitat de mamă, pentru a se elibera de necesitatea de a-și susține soțul. Atunci când comportamentul problemă reprezintă o metaforă pentru un alt comportament problemă, apare o incongruență în organizarea ierarhică a sistemului familial (de pildă, copilul preia poziția de leader al familiei). Sarcina terapeutului este să înțeleagă tipul de relații, să modifice metaforele, să aranjeze redistribuirea beneficiilor și să renegocieze conținuturile dintre parteneri, în cadrul acestor strategii psihoterapeutice, tehnicile bazate pe paradox au un rol însemnat.

INDICAȚIILE NOZOGRAFICE

ALE PSIHOTERAPIEI

PRIN INTERVENȚIE PARADOXALĂ

Stanton (1981 b) (Cit. Week și L1 Abate, 1981) studiind literatura de specialitate a găsit că intervenția prin paradox a fost utilizată cu

128

succes în următoarele situații: tulburări legate de adolescență, alcoolism, alte forme de toxicomanie, anorexie și dezordini alimentare, anxietate, astm, tulburări de comportament, de licvență, probleme emoționale ale copiilor, de presie, enurezis, encompresis, homosexualitate, cecitate isterică, crize de

identitate, fugă de acasă (vagabondaj), probleme maritale, comportament obsesiv-compulsiv, idei obsesive, paranoia, depresii și psihoze post-partum, ejaculare precoce, logofobie, schizofrenie, probleme școlare, alte probleme sexuale, tulburări de somn, balbism, tentative de suicid, transpirații excesive, stări de vomă, dureri de stomac, probleme de muncă. Opinia noastră, formată în urma consultării literaturii de specialitate și a experienței clinice, este că trebuie să fim mai rezervați în ceea ce privește prescrierea acestei forme a psihoterapiei în psihoze (schizofrenie, paranoia, depresii endogene), cât și în domeniul comportamentului suicidal. În cazul psihozelor, afecțiuni de etiologie endogenă esențial este tratamentul medicamentos, psihoterapia în diversele forme putând fi utilizată ca adjuvant în stările de remisiune. În ceea ce privește comportamentul suicidal, cu excepția celui de tip demonstrativ considerăm intervenția psihoterapeutică insuficientă. Mai mult o psihoterapie prost condusă, realizată de către un terapeut lipsit de experiență nu poate preîntâmpina punerea în aplicare a tentativelor de suicid.

Weeks și L' Abate (1982) susțin că „terapist -killerii” și toxicomanii psihoterapiei rezistenți la alte tipuri de psihoterapie reacționează pozitiv la psihoterapia prin intervenție paradoxală.

129

„Terapist-killerii” sunt acei subiecți care au făcut un număr de psihoterapii fără succes și care, parcă simt o satisfacție în a arăta cât de lipsite de eficiență au fost acestea. Toxicomanii psihoterapiei sunt acei pacienți care reușesc să trăiască pentru ședința lor de psihoterapie, ei căutând ajutor dar reușind tot deauna să-l saboteze. Pentru acești pacienți rezistenți terapia a devenit mai curând o parte a problemei decât o parte a soluției, terapeutul fiind prins în sistem în așa fel încât problema este menținută (pacientul continuă psihoterapia dar nu se vindecă).

În ceea ce privește intervenția prin paradox în psihoterapia de familie, s-a constatat că aceasta este utilă când familia în ansamblu sau unul din subsistemele sale se află în criză de dezvoltare. Familiile prezintă o serie de disfuncții în cazul cărora intervenția prin paradox este indicată.

- Când membrii sistemului familial sunt legați unul de altul prin intermediul unui comportament de luptă.
- Când se constată în cadrul sistemului familial lipsa dorinței de a coopera și de a stabili acorduri.
- Când familia ca sistem are tendința de a continua și perpetua la nesfârșit aceleași scheme de comportament în ciuda tuturor tipurilor de intervenții.
- În sistemele familiale în care copiii sau adolescenții au un comportament menit să ducă la dezbinarea părinților.
- În sistemele familiale unde se utilizează frecvent comunicări bazate pe descalificare (Weeks și L'Abate, 1982).

Aceiași autori consideră că, deși psihoterapia prin intervenție paradoxală este utilă într-o multitudine de situații, ea este totuși contraindicată în următoarele cazuri:

130

- În situația în care pacientul nu este implicat activ în procesul terapeutic (subiecți aduși cu forța la psihoterapie de instanțe judecătorești sau de familie).
- Sociopatii, care adesea au tendința de a modifica sarcina terapeutică în folosul lor, potrivit propriilor nevoi.
- Paranoizii, care pot sesiza „păcăleala” ascunsă în intervenția terapeutică, fapt ce îi determină să devină suspicioși și prudenți.
- Pacienți cu comportament distructiv-suicidar sau homicidar. E de la sine înțeles că terapeutul nu va prescrie comportamentul suicidal. Totuși, comportamente de acest tip au fost tratate prin intervenții de tip paradoxal de către Farrelly (Farrelly și Brandson, 1974), care a provocat la acești pacienți un răspuns afectiv puternic (furie), criticându-le metodele alese pentru sinucidere și făcând sugestii absurde în legătură cu modul cel mai potrivit de a se sinucide.

Noi susținem în continuare ideea că utilizarea acestui gen de intervenție la suicideri este riscantă și este mai indicat să fie evitată. Rohrbaugh ș.a. (1977) a arătat că intervenția prin paradox este nepotrivită în situații de criză și instabilitate. Problemele de tipul decompensărilor acute, reacțiilor de doliu, de pierdere a situației profesionale nu trebuie abordate prin metode bazate pe paradox. Fish et al. (1981) au identificat 4 modele familiale în cazul cărora intervenția prin paradox este contraindicată:

1. La familiile haotice, cu structuri vag conturate, care nu prezintă o problemă clară sau un comportament psihopatologic care se repetă.
2. La familiile imature, unde părinții infantili caută în terapeut o figură de tip parental.

131

3. La familiile impulsive care își exprimă comportamentul ostil în mod deschis și neadecvat; aceste familii pot să înțeleagă paradoxul într-un mod distructiv.

4. La familiile care tind să plaseze asupra altora responsabilitatea legată de propriile probleme și care acceptă intervenția manifestând o opoziție slabă, fără comportament negativ.

CONDIȚIILE PE CARE TREBUIE

SĂ LE ÎNDEPLINEASCĂ INTERVENȚIA

PSIHOTERAPEUTICĂ PRIN PARADOX

H a I e y (1976) a pus în evidență o serie de reguli sau condiții pe care trebuie să le îndeplinească această metodă de psihoterapie:

- Relația terapeutică trebuie definită ca o relație care atrage după sine o schimbare (acest con tract poate avea un caracter implicit).
 - Problema de rezolvat trebuie să fie clar definită.
 - Scopurile și obiectivele terapiei trebuie pr ecizate cu maximă claritate.
 - Terapeutul trebuie să ofere pacienților un plan sau o strategie de urmat.
 - Persoana din familie care acționează ca autoritate în ceea ce privește menținerea problemei de rezolvat trebuie descalificată cu tact.
 - Terapeutul trebuie să dea pacientului sau familiei o sarcină sau directivă cu conținut paradoxal, care nu face decât să încurajeze comportamentul simptomatic.
 - Terapeutul nu pretinde că ar produce ameliorarea, aceasta fiind pusă pe seama pacientului sau familiei .
- Mai mult, terapeutul își exprimă mirarea când ameliorarea se produce, deoarece el este cel care prescrisese simptomul sau prevăzuse recăderea.

132

PRINCIPIILE PSIHOTERAPIEI

PRIN PARADOX

(adaptat după W e k s și L ' A b a t e, 1981)

1. Modificarea sistemului de referință din care este abordat simptomul, acesta fiind valorizat pozitiv în fața pacientului.
2. Abordarea sistematică a problemei de rezol vat. Simptomul nu este privit izolat ci este în mod necesar legat de sistemul familial în care este înglo bat pacientul.
3. Producerea voluntară a simptomului. Rea lizarea intenționată a acestuia face ca subiectul să devină responsabil de amplitudinea simp tomului.
4. Prescrierea unei secvențe de intervenții paradoxale care să se eșaloneze în timp, pentru a împiedica reparația comportamentului simp tomatic. Cel mai frecvent se utilizează urmă toarea secvență de intervenții terapeutice:

- valorizarea pozitivă a simptomului;
- prescrierea simptomului;
- prevederea unor recăderi;
- prescrierea unor recăderi.

5. Implicarea activă a pacientului în demersul psihoterapeutic.

Frecvent se recurge la prescrierea ritualizată a simptomului (loc, timp, modalitate de desfășurare) sau la condiționarea tehnicii paradoxale de un alt eveniment care va avea loc în mod sigur (ex.: de câte ori apare persoana X, pacientul trebuie să manifeste simptomul).

DESCRIEREA PRINCIPALELOR TEHNICI ȘI STRATEGII BAZATE PE PARADOX

Tehnicile prin paradox pot să se adreseze in divizilor, cuplurilor sau familiilor.

133

Weeksși U Abate (1982) disting trei categorii de tehnici bazate pe paradox:

- Tehnici de categoria I - de nivel individual: intervenția psihoterapeutică este îndreptată asupra unui singur subiect.

- Tehnici de categoria a II-a - de nivel interacțional: intervenții prin paradox care se întrepătrund și sunt dirijate spre unul sau mai mulți subiecți luați ca indivizi izolați.

- Tehnici de categoria a III-a - de nivel tranzațional sau sistemic: intervenția prin paradox este îndreptată asupra unor comportamente aflate în interacțiune în cadrul unui sistem. De regulă, aceste tehnici se aplică în cazul psihoterapiei de familie. Rohrbaugh ș.a. (1977, 1981) au împărțit intervențiile prin paradox în două mari grupe, după modul în care pacientul acceptă sau res pinge intervenția:

a. Strategii paradoxale bazate pe colaborare. în cadrul acestor tehnici modificarea com portamentală se obține atunci când pacientul încearcă să îndeplinească prescripțiile tera peutice paradoxale.

Aceste strategii bazate pe complezență acțio nează în două moduri: fie pacientul va găsi că e imposibil să se conformeze prescripțiilor tera peutului, fie aceste prescripții vor crea o situație aversivă sau primitivă pentru

pacient (Tennen, 1977,1981).

Acest tip de intervenție se potrivește pentru tratarea obsesiilor, atacurilor de panică și a altor tipuri de simptome împotriva cărora pacienții au tendința de a lupta.

b. Strategii paradoxale bazate pe opoziție. Se bazează pe ideea că pacientul se va opune îndeplinirii directivelor axate pe paradox.

134

Terapeutul își propune ca pacientul să nu îndeplinească ceea ce i se cere și prin aceasta să se modifice. O astfel de strategie este utilizată cu succes la cuplurile care se ceartă în continuu și cărora li se prescrie să se certe în continuare sau li se spune că nu sunt pregătiți încă să renunțe la certuri, în astfel de cazuri terapeutul nu face altceva decât să-l determine pe pacient să lupte cu el în loc să lupte cu partenerul. Weeks și L'Abate (1982) descriu ca fiind cel mai frecvent folosite următoarele tehnici bazate pe paradox:

1. Schimbarea sistemului de referință. Constă în modificarea semnificației acordate simptomului, respectiv în conferirea unei semnificații pozitive unui comportament patologic (se mai numește și procedeul conotației pozitive -Pa lazzoli ș.a., 1978a).

Peggy Papp (1977) utilizează așa-numita conotație pozitivă cu unul din cazurile ei. Astfel, ea dă unei paciente indicația să continue să se comporte ca o persoană neajutorată și incompetentă pentru că aceasta îi dă soțului ei șansa să arate cât este el de puternic, activ, grijuliu și protector. Dându-și seama de consecințele negative ale comportamentului ei, pacienta face tentative să se schimbe.

2. Reetichetarea.

Constă în modificarea etichetării unei persoane sau situații, fără a modifica în mod necesar și sistemul de referință din care acesta este privit. De regulă, eticheta „rea” se înlocuiește cu una „bună”, punându-se accentul pe pozitiv, adaptativ, normal.

Reetichetarea modifică atitudinea pacientului față de propria persoană și față de propriul comportament. Noua etichetă poate conține în sine ideea că simptomul este un „instrument” al schimbării, creând la pacient setul cu privire la

135

faptul că schimbarea este iminentă. În același timp, acest procedeu dă pacientului și un sentiment sporit de autocontrol. Haley (1973) descrie un caz tratat de Erickson în care un tânăr, cu reputație de play-boy, a fost impotent în noaptea nunții. Mireasa s-a simțit dezamăgită și a reacționat agresiv respingând partenerul. Tehnica reetichetării a constat în aceea că terapeutul a făcut afirmația că impotența tânărului a fost un compliment la adresa frumuseții doamnei. El a fost atât de copleșit de frumusețea acesteia încât s-a simțit și chiar s-a manifestat incompetent în fața acestei frumuseți.

3. Prescrierea simptomului. Este cea mai răspândită tehnică a psihoterapiei prin paradox.

După Rohrbach ș.a. (1977) mesajele care stau la baza acestei tehnici sunt:

- „pentru a scăpa de simptomul tău, păstrează-l sau exagerează-l”;
- simptomul involuntar capătă un caracter voluntar.

Zelig (1980 a) descrie cinci tehnici menite să crească șansa ca pacientul să realizeze ceea ce îi recomandă terapeutul:

- găsirea unei motivații adecvate pentru prescrierea simptomului;
- prescrierea indirectă (simptomul este scris în mod ambiguu ca de pildă: „nu face nimic în legătură cu problema săptămâna aceasta și apoi vom mai vedea cât este ea de gravă”);
- prescrierea simptomului în așa fel încât pacientul să aibă posibilitatea să respingă unele din directive (se pot prescrie anumite condiții în care să se producă simptomul iar pacientul își poate descărca rezistențele neexecutând o parte a sarcinii);

136

- stimularea curiozității pacientului (i se spune că i se va trasa o sarcină specială atunci când va veni momentul potrivit);

- prescrierea unei mici modificări în modul de producere sau trăire a simptomului (de pildă, i se poate sugera pacientului să se concentreze pe sentimentele asociate cu simptomul, fără a menționa gândurile legate de acesta).

Hare-Mustin (1975) a utilizat următoarea strategie cu un copil de 4 ani care prezenta crize de afect: copilului i s-a spus că poate continua să aibă crizele respective, dar numai într-un loc special din casă. În ședințele următoare copilul singur a stabilit momentul din zi când va avea exploziile sale de furie. După a treia ședință, crizele s-au redus simțitor. Terapeutul și-a exprimat îngrijorarea în legătură cu reducerea crizelor și a cerut copilului să fixeze pentru săptămâna viitoare o zi când va face criza. După scurt timp, copilul a renunțat total la crize. Pazzoli ș.a. (1978 b) a pus la punct tehnica denumită „prescriere

ritualizată", tehnică utilizată în familiile unde pacienții sunt copii. Modelul prescripției ritualizate este următorul: în zilele de marți, joi și sâmbătă, începând de mâine și până la ședința viitoare, între orele X și Y, când toată familia e acasă, indiferent ce face pacientul Z (se menționează comportamentul simptomatic), numai tatăl va hotărâ ce e de făcut cu copilul, mama comportându-se ca și cum nu ar fi prezentă. În zilele de luni, miercuri și vineri, numai mama va avea dreptul să reacționeze la comportamentul copilului Z. Duminică toată lumea trebuie să se comporte în mod spontan. Fiecare partener trebuie să înregistreze greșelile celuilalt. Atunci când acest lucru este posibil chiar copilul poate fi cel care notează greșelile părinților în comportamentul față de el.

137

Prescrierea simptomului se poate realiza în legătură cu anumite repere de timp, evenimente interne sau acțiuni ale celorlalți. O formă cunoscută este „programarea simptomelor” (Newton, 1968) care implică stabilirea unui timp și a unei durate când simptomul trebuie să se manifeste.

4. Frânarea (reținerea).

În cursul unei terapii se așteaptă ca terapeutul să fie suportiv. Acest tip de abordare poate duce la dependența exagerată a pacientului față de terapeut. Când sunt semne că nu se mai produce nici o modificare, terapia trebuie terminată.

Frânarea este o tehnică pentru a evita problemele de mai sus. Mesajul de frâna (reținere) are textul următor (Rohrbaugh ș.a., 1977): „pentru a te schimba, rămâi același, sau renunță!”.

Tehnicile de frânare pot fi utilizate în diverse momente ale desfășurării terapiei pentru a facilita sau menține schimbările deja obținute.

5. Inhibarea sau interzicerea schimbării. Este o metodă care dă rezultate mai ales cu subiecții rezistenți la schimbare. Inhibarea schimbării se realizează prin instrucțiuni de genul: „nu te modifica mai repede decât poți”, sau „poți să te schimbi, dar fă-o încet și cu prudență!”.

Interzicerea schimbării se poate realiza fie prin însăși prescrierea simptomului („doresc să continui să fac aceasta în așa fel încât să putem vedea cât de des apare”, sau „simptomul tău vrea să-ți spună ceva important pentru tine; aș dori să fac următorul experiment: săptămâna viitoare nu mai face eforturi să-ți inhibi comportamentul simptomatic și încearcă să observi ce se întâmplă”), fie direct, spunându-i-se pacientului să nu se angajeze în schimbarea comportamentului.

138

tamentului pe care dorește să-l schimbe. Această tehnică se utilizează frecvent în terapia tulburărilor sexuale (se interzice pacientului să aibă relații sexuale un timp, apoi i se spune că poate avea relații sexuale doar în anumite condiții special prescrise). Motivul în terdicției este reducerea anxietății de performanță legată de activitatea sexuală.

O formă extremă de a aborda rezistențele la schimbare constă în declararea în fața pacientului a faptului că schimbarea e imposibilă.

6. Precizarea recăderilor.

Pacientului i se spune că simptomul va reapare dintr-o dată. În felul acesta, dacă simptomul reapare într-adevăr, terapeutul este cel care a prezis acest lucru, deci el are simptomul sub control. Dacă nu reapare, simptomul se află sub controlul pacientului. Când respectivul simptom se află sub controlul cuiva, el este mai puțin anxios și dezorganizator. Mulți pacienți privesc reparația simptomului ca pe o provocare în care singurul mod de a dovedi că terapeutul nu a avut dreptate este ca recăderea să nu se producă. Adesea este avantajos sau numai să se prevadă, ci chiar să se prescrie recăderea.

7. Exagerarea poziției pacientului Această strategie se aplică atunci când terapeutul acceptă și exagerează poziția clientului său, cât și afirmațiile pe care le face acest a despre el însuși. De regulă, pacientul tinde să fie în opoziție cu alte persoane, inclusiv cu terapeutul.

Întărind verbal poziția pacientului, terapeutul practic îl forțează să adopte un alt tip de comportament.

Maldanes (1984) descrie câteva strategii bazate pe paradox, utilizate de ea cu succes în psihoterapia de familie.

139

1. Solicitarea părinților unui copil problemă să ceară copilului să prezinte comportamentul problemă sau reprezentarea lui simbolică. (De pildă, părinții unui copil piroman erau instruiți să-i ceară acestuia să dea foc la ceva de 20 de ori pe zi, în prezența și sub supravegherea tatălui).

2. Terapeutul indică părintelui să solicite copilului simptomatic să simuleze că prezintă simptomul.

Părinții trebuie să critice execuția simulată a simptomului și să se comporte exact așa cum se comportă de obicei atunci când copilul prezintă simptomul în mod real. Această tehnică se utilizează atunci când avem de-a face cu un comportament involuntar și când terapeutul realizează faptul că beneficiul

interpersonal și dependența față de ceilalți derivă din comportamentul simptomatic. Dacă beneficiul este descoperit, terapeutul trebuie să aranjeze lucrurile astfel încât acesta să fie menținut în absența comportamentului patologic respectiv.

Această abordare este potrivită când beneficiul este unul pozitiv și constă în obținerea unor demonstrații de afecțiune, atenție, a faptului de a fi împreună cu alții beneficii care nu sunt nocive pentru nimeni.

Strategia nu se utilizează când beneficiul constă în a-și exprima ostilitatea sau chiar a lovi pe cineva.

3. Prescrierea mimării funcțiilor simptomului. Membrii familiei trebuie să efectueze sub formă de joc ceea ce terapeutul consideră că ar reprezenta funcția simptomului (de pildă, dacă fiica are tendințe de suicidare, mama trebuie să joace rolul de depresivă pentru ca fiica să aibă grijă de ea).

Această strategie este potrivită atât pentru comportamentele voluntare, cât și pentru cele in-

140

voluntare, atunci când terapeutul înțelege că beneficiul obținut de copil din simptom este util unui alt membru al familiei (de pildă, tentativa de suicid a fiicei o împiedică pe mamă să părăsească pe tată).

Strategia poate fi aplicată numai atunci când terapeutul a sesizat corect secvența metaforică a comportamentului. Ea este adecvată numai atunci când beneficiul obținut din simptom este de natură pozitivă.

4. Prescrierea unei răsturnări în ierarhia familială.

Se poate prescrie, de pildă, copilului să aibă grijă de părinți.

Această strategie se utilizează când părinții apar ca incompetenți, neajutorați, plângându-se în continuu că le-au scăpat copiii de sub control, sau când părinții manifestă comportamente de -vianțe (alcoolism, delinvență, toxicomanie). Puși în această situație paradoxală, părinții tind să-și corecteze comportamentul și să manifeste ceva mai multă responsabilitate față de copii.

5. Contractele paradoxale.

Strategia constă în a corecta două comportamente problematice la doi membrii diferiți ai familiei, astfel încât dacă o persoană se angajează în comportamentul simptomatic, cealaltă persoană trebuie să facă la fel. Ipoteza care stă la baza acestei strategii constă în aceea că persoana cu comportament simptomatic încearcă să ajute pe unul din membrii familiei. Dacă se răstoarnă situația și comportamentul simptomatic devine nociv în loc să fie util din punctul de vedere al echilibrului sistemului familial și dacă un comportament normal va ajuta cealaltă persoană, atunci simptomul problemă va dispărea. (De pildă, dacă tatăl continuă să bea, fiica anorectică va

141

refuza în continuare să mănânce; dacă tatăl nu mai bea, fiica va reîncepe să mănânce). Această strategie nu se utilizează dacă terapeutul sesizează prezența unor relații bazate pe ostilitate între membrii familiei.

6. Prescrierea simptomului cu modificarea persoanei care va prezenta comportamentul simptomatic în cadrul sistemului familial. Autoarea pornește de la ipoteza că dacă un alt membru al familiei va prelua rolul problemă, cel cu simptomul va fi liber să dezvolte alte tipuri de comportament. Această strategie este indicată în cazuri severe cum ar fi comportamentele antisociale, delinvența, unele comportamente bizare.

Se presupune în aceste cazuri că persoana cu simptom reprezintă de fapt o metaforă pentru o altă problemă din familie, prima abătând atenția familiei de la conflictul cu o altă persoană. Din discuții poate reieși conflictul real, terapeutul făcând încercarea de a-l rezolva pe acesta pentru a nu mai fi necesară abordarea lui metaforică.

Nici această strategie nu se utilizează când se constată că beneficiul secundar se bazează pe ostilitate.

7. Prescrierea comportamentului simptomatic cu modificări de context.

Terapeutul indică unde, când și cumva avea loc simptomul. Strategia aceasta se bazează pe ipoteza că modificarea contextului face imposibil ca simptomul problemă să fie o reacție la comportamentul altui membru al familiei. Adesea, modificările de context scot la iveală conflictul real.

8. Indicarea unor rutine cu conținut paradoxal. Strategia constă în a stabili un acord între membrii familiei astfel încât comportamentul problemă să aibă niște consecințe neașteptate,

142

consecințe pe care simptomul avea menirea de a le evita. (De pildă, o soție făcea în mod obsesiv curățenie.

Terapeutul observă că de fapt ea dorea să evite, să fie în compania soțului și prescrie următoarea rutină: dacă soția continuă să facă curățenie după ora 5, soțul o va obliga să stea în pat lângă el și să se uite la TV).

Nu este obligatoriu ca rutinele indicate să fie neapărat paradoxale, acestea trebuie însă să se bazeze pe o ipoteză corectă cu privire la ceea ce dorește să evite persoana simptomatică. Această strategie se utilizează la cuplurile maritale în cadrul cărora unul din membrii prezintă fobii, anxietate sau comportamente

compulsive și când scopul comportamentului simptomatic este de a evita partenerul, de a aduce înapoi pe cineva, de a face pe cineva să obțină un avantaj asupra celorlalți.

9. Limitarea alternativelor și crearea la pacient a iluziei că nu are de ales.

Această strategie se potrivește mai curând situațiilor de viață decât celor cu aspect psihopatologic.

Există persoane foarte dotate, care din cauza faptului că au prea multe posibilități devin nefericite de ceea ce au în prezent, punându-și mereu problema dacă o altă alegere nu ar fi fost mai bună.

De pildă, o soție nu știe exact dacă vrea să se devoteze ca soție sau dorește să desfășoare o activitate profesională. Terapeutul îi prezintă ca alternativă unică pe cea de soție, forțându-i alegerea. Femeia optează pentru activitatea profesională și astfel căsătoria se ameliorează, soția încetând să -și sâcâie soțul care era foarte ocupat.

10. Crearea iluziei că pacientul (de regulă copil) este singur pe lume.

143

Frecvent în terapia de familie se poate ivi situația următoare: cu cât terapeutul fi împinge mai mult pe părinți să acționeze responsabil și să aibă grijă de copil, cu atât acesta devine mai neajutorat și mai incompetent și cu atât mai mult părinții au tendința de a-l respinge. Scopul acestei strategii este de a sparge cercul vicios în care s-a plasat familia. Pentru aceasta i se spune copilului că nu poate conta decât pe sine însuși.

Psihoterapia prin paradox este un model psihoterapeutic centrat pe simptom, în cadrul acestui tip de psihoterapie nu se consideră necesară descoperirea motivațiilor profunde care stau la baza apariției simptomului, autorii sistemului fiind de părere că modificarea se poate produce și în absența cunoașterii acestora, în definirea problemei accentul cade pe întrebările: cine? , ce?, unde?, când? și nu pe întrebarea de ce?

Acest gen de terapie permnite combinarea unor tehnici prin intervenție paradoxală cu alte tehnici de psihoterapie scurtă, într-o manieră eclectică.

PREZENTĂRI DE CAZURI

1. Intervenția psihoterapeutică prin paradox în cazul unor crize cu aspect funcțional.

Pacienta N.V. în vârstă de 16 ani are frecvente internări pentru crize de pierdere cunoștinței. Ea a primit numeroase diagnostice, inclusiv pe cel de epilepsie, deși E.E.G. -ul era normal. Ultimul diagnostic stabilit la Spitalul Dr. Gh. Marinescu a fost de crize cu aspect funcțional. Tânăra era unicul copil al unei familii de intelectuali, cu bune posibilități materiale, înrădănită cu mari conflicte între părinți, conflicte ce au culminat

144

cu divorțul acestora, pacienta rămânând cu mama. Crizele pacientei au debutat la vârsta de 11 ani, la scurt timp după separarea părinților, care au mai continuat să locuiască împreună încă aproape un an de la divorț. Am încercat să utilizăm o tehnică de relaxare, dar aceasta nu s-a dovedit potrivită deoarece pacienta era cuprinsă de anxietate și declanșa aproape instantaneu criza, imediat după inducerea relaxării.

Ținând seama de acest lucru, ne-am decis să utilizăm intervenția de tip paradoxal, abordând terapeutic întreaga familie. Am utilizat una din strategiile lui Madsen pentru familiile cu copii simptomatici, respectiv am cerut părinților fetei să solicite acesteia să simuleze că prezintă criza. Părinții criticau modul în care se desfășura criza, se asigurau dacă simptomul este mimat corect și se comportau așa cum se comportau în mod obișnuit când fata prezenta în mod real criza. Am invitat întreaga familie la psihoterapie și am instruit părinții să ceară fetei să simuleze criza chiar în timpul ședinței de psihoterapie. În timp ce fata simula criza, părinții trebuiau să o încurajeze și să o susțină. La început fata a acceptat dar foarte curând ea a refuzat să colaboreze fiind iritată de ideea de a pretinde că manifestă simptomul. La orice semn de irascibilitate sau lipsă de politețe din partea fetei, părinții și terapeutul îi spuneau: „E bine! Iată că de fapt te prefaci că ai criza” și în același timp se grăbeau să o încurajeze și să o susțină afectiv, în două săptămâni crizele au dispărut și nu s-au mai manifestat decât o singură dată, la decesul bunicii, după care au dispărut din nou. Ipoteza care a stat la baza acestei intervenții a fost că în acest caz crizele serveau scopului de

145

a-l aduce pe tată mai aproape de pacientă, de a -și aduna părinții împreună și în general de a obține atenția celor din jur. Dacă fata beneficia de atenția celor din jur datorită crizelor simulate, cele reale nu mai aveau nici un motiv să se producă. Pentru ca problema să nu mai reapară, terapeutul a stabilit, de comun acord cu părinții, ca tatăl să o viziteze pe fată de două ori pe săptămână, iar sâmbăta sau duminica părinții divorțați să aibă un program comun cu fata. De asemenea, pentru a preîntâmpina faptul că încercările pacientei de a rămâne într-o poziție privilegiată să ia din nou o formă patologică, am recomandat încurajarea înclinațiilor ei artistice, sfătuind părinții să o înscrie la școala populară, la secția de muzică ușoară. S-a constatat că după dispariția crizelor pacienta a devenit capabilă să practice o tehnică de relaxare. În consecință, i s-a

recomandat practicarea antrenamentului autogen cu sugestii ținute de întărirea eului.

2. Aplicarea psihoterapiei prin intervenție paradoxală la un caz de tulburare a dinamicii sexuale.

În cazul tulburărilor de dinamică sexuală pacientul nu luptă împotriva a ceva ca în cazul unei fobii sau a atacurilor de panică, ci pentru ceva, respectiv pentru a obține o satisfacție. Cu cât pacientul caută mai mult să obțină o satisfacție sexuală, cu atât mai mult el riscă să o piardă. După Frankl (1962), mecanismul producerii tulburării sexuale are două aspecte de bază:

- hiperintenția

- hiperatenția.

Cele două fenomene se întăresc unul pe altul și tulburarea se fixează prin conexiune inversă.

146

Pacientul, care de cele mai multe ori a avut un eșec sexual întâmplător (pe fond de oboseală sau datorat altor factori conjuncturali) abordează activitatea sexuală cu anxietate anticipatorie. Temându-se de un nou eșec, pacientul se concentrează asupra propriei sale performanțe și experiențe. Astfel, atenția se abate de la partener și de la acele stimulări care pot activa sexual partenera. Ca o consecință potența scade, ceea ce la rândul său produce hiperintenția pacientului și cercul vicios este gata.

Hiperintenția este contracarată printr-o tehnică denumită de Frankl (1955) derefecție, prin care pacientul în loc să se autoobserve, trebuie să uite de sine. Tehnica derefecției face parte din arsenalul de tehnici al logoterapiei. Pacientul P.A. în vârstă de 36 de ani este îndrumat la psihoterapie de către un medic de la Spitalul Militar Central, pentru tulburări de dinamică sexuală. În prealabil acesta a făcut numeroase investigații clinice și de laborator care nu au evidențiat nici o cauză organică pentru tulburarea sa (el a efectuat inclusiv investigații la Institutul de Endocrinologie). Pacientul, aviator, cu o activitate profesională solicitantă, în relații bune cu soția și tatăl a trei copii de care se simte foarte legat, are o legătură extraconjugală întâmplătoare pe care și-o dorea fără consecințe. Neșansa pacientului a fost că respectiva prietenă de ocazie întreținea relații și cu un personaj important din ierarhia profesională din care făcea parte pacientul, ceea ce a produs izbucnirea unui scandal cu consecințe neplăcute pentru activitatea profesională și pentru viața de familie a pacientului (soția află și izbucnesc conflicte în familie). Consecința este instalarea tulburării de

147

dinamică sexuală, care începe cu ejaculare precoce și continuă cu tulburări de erecție. Constatând absența oricăror cauze organice care stau la baza tulburării, medicul militar îi recomandă psihoterapia. Pacientul, cu un I.Q. înalt (peste 120) și cu un nivel de cultură ridicat (lecturi foarte bogate și variate, depășind cu mult nivelul colegilor din profesia sa) acceptă cu plăcere ideea psihoterapiei.

Inițial am încercat să utilizăm hipnoza care s-a dovedit o tehnică foarte utilă în astfel de cazuri. Din păcate însă, pacientul a obținut un scor foarte redus la scalele de hipnotizabilitate, ceea ce ne-a determinat să recurgem la o altă tehnică psihoterapeutică. Ne-am oprit asupra tehnicii prin intervenție paradoxală, în varianta ei mai veche utilizată de Frankl. Am utilizat cu acest pacient următoarea strategie:

Pacientul a fost sfătuit să-și informeze soția (care după conflictul inițial s-a dovedit cooperantă și dispusă să-l ajute soțul la care ținea foarte mult) că dificultățile sale sexuale nu sunt serioase și că prognosticul este favorabil. El este instruit, de asemenea, să-și anunțe partenera că actul sexual propriu-zis îi este cu desăvârșire interzis o anumită perioadă de timp, el având dreptul să practice doar jocul erotic bazat pe tandrețe reciprocă, în această situație partenera nu are nici un fel de expectație de la pacient și acesta este relaxat, pentru că nu se mai așteaptă ceva de la el. Adesea partenera este mirată de potența bărbatului, dar îl respinge din cauza recomandării terapeutului. Numai atunci când pacientul nu are alt scop decât jocul erotic, se poate sparge cercul vicios care a dus la instalarea tulburării.

148

În același timp pacientul este instruit să nu se gândească deloc la propria persoană, concentrându-se exclusiv asupra partenerii. După aproximativ două săptămâni partenera (fără știrea soțului) este instruită de către terapeut să nu-și mai respingă soțul și să conducă lucrurile în așa fel încât actul sexual să se desfășoare normal.

În acest caz, intervenția de tip paradoxal a dat rezultate foarte bune, pacientul reușind să-și depășească dificultatea. Ținând seama de marea dorință de auto-perfecționare a pacientului, i-am recomandat acestuia să practice în continuare un program de exerciții de Hatha-Yoga, ca tehnică de creștere a rezistenței la stres și autoreglare a stărilor psihice.

3. Utilizarea tehnicii prin intervenție într-un caz de insomnie.

Pacientul M. N. în vârstă de 60 de ani este trimis la psihoterapie de către medicul psihiatru, pentru insomnii rebele la tratament. De profesie profesor de educație fizică, M. N. a ocupat o funcție de conducere în

ierarhia mișcării sportive, el fiind o cupat de dimineată până seara cu serviciul și efectuând numeroase deplasări în străinătate cu echipele sportive. La începutul anului 1988 pacientul este obligat să se pensioneze deoarece o rudă a sa plecase ilegal din țară și în timpul regimului trecut el nu mai putea deține o funcție de răspundere și nu mai primea viză pentru deplasări în vest. Pacientul este căsătorit, dar nu are copii. Găsindu-se brusc fără ocupație, de unde până atunci fusese hiperactiv și eficient, M. N. dezvoltă o insomnie rebelă la tratament obișnuit. După nenumărate încercări neizbutite cu diverse scheme medicamentoase și temându-se să crească prea mult doza de somnifere

149

pentru a nu deveni dependent de acestea, pacientul acceptă psihoterapia. Antrenamentul autogen și hipnoza dau rezultate slabe: pacientul adoarme mai repede, dar se trezește după 2 —3 ore de somn și nu mai adoarme până dimineată. Ținând seama de această situație am încercat tehnica abordării paradoxale, după modelul utilizat de Haley (1984). S-a utilizat următoarea strategie, care a constat în prescrierea unor sarcini paradoxale: Valorizarea pozitivă: deși ai insomnii, ai un psihic puternic; alții în situația ta ar fi făcut tulburări mai grave. Simptomul dorește să-ți spună ceva.

Prescrierea recăderilor. I s-a recomandat pacientului ca ori de câte ori se trezește în timpul nopții să se îmbrace în trening și indiferent de vremea de afară să alerge timp de o jumătate de oră în jurul școlii din fața blocului său. După revenirea în casă, acesta nu trebuie să se culce ci trebuia să curețe bucătăria și să spele vasele lăsate special de soție.

După mai puțin de o săptămână pacientul a reînceput să doarmă liniștit 6 - 7 ore pe noapte. Terapeutul a menținut indicația: „dacă ți se întâmplă să te trezești, ai de alergat și apoi de făcut curățenie în bucătărie!”. Pentru a reduce și cauza care a generat insomnia i s-a recomandat pacientului să-și găsească o jumătate de normă ca antrenor, pentru a avea o ocupație și a se simți util. 4. Utilizarea intervenției paradoxale în cazul unui cuplu cu frecvente conflicte conjugale. Un cuplu de intelectuali în jur de 30 de ani se prezintă la psihoterapie, deoarece soția nu mai

150

suporta reproșurile frecvente și violente ale soțului pentru o legătură pe care aceasta a avut-o înaintea căsătoriei. Soția afirmă că soțul o sâcăia permanent, agresând-o verbal și uneori chiar fizic. Interogat, la rândul său, acesta afirmă că nu-și poate stăpâni mânia pentru că soția sa a iubit pe altcineva înainte. Strategia utilizată viza prescripția simptomului cu o mică modificare de context (Madanes, 1984). Terapeutul a explicat cuplului că pentru soț este important să-și manifeste sentimentul de frustrare, iar pentru soție să-l asculte cu o atitudine simpatetică.

S-a indicat ca în fiecare dimineată, soții să se trezească cu o jumătate de oră mai devreme și înainte de a-și bea cafeaua să se așeze în sufragerie, unul în fața celuilalt, soțul făcând reproșuri soției pentru legătura din tinerețe, iar aceasta ascultându-l cu răbdare și răspunzându-i stereotip: „îmi pare rău, dragul meu”.

Același ritual urma să se repete și seara înainte de vizionarea programului TV. Deși aparent instrucțiunea paradoxală favoriza comunicarea și exprimarea vechilor resentimente și conflicte, ea urmărea de fapt blocarea comunicării, soția dând un răspuns stereotip și reducând expresia ostilității soțului la un discurs ridicol de 15 minute.

Cuplul a urmat instrucțiunea timp de 10 zile, după care, brusc izbucnit conflictul real. Soția, în loc să mai răspundă stereotip, a izbucnit în reproșuri și lacrimi, manifestându-și gelozia pentru atenția pe care o acorda soțul unei prietene de familie.

151

A apărut la iveală faptul că soția era profund geloasă și că interacțiunea cuplului în jurul le-găturii de tinerețe a soției era de fapt o metaforă care ascundea conflictul real legat de preferința soțului pentru altă femeie, într-un stadiu ulterior al terapiei au fost renegociate relațiile dintre soți, ei fiind sfătuiți să-și exprime deschis nemulțumirile și să desfășoare activități comune al căror conținut să-l disGute împreună. Relațiile din cadrul cuplului s-au ameliorat simțitor, divorțul fiind evitat.

HIPNOTERAPIA

Situată undeva între terapiile comportamentale și cele de orientare experimentală, hipnoterapia este psihoterapia realizată cu ajutorul hipnozei. Ea poate să îmbrace forma unei psihoterapii centrate în exclusivitate pe simptom, situație în care, în urma inducerii hipnozei se adminis trează formule sugestive cu caracter terapeutic, dar poate fi utilizată și ca o psihoterapie de mai mare profunzime - hipnoanaliza. Hipnoanaliza combină sugestiile terapeutice cu unele tehnici specifice psihanalizei, urmărind descoperirea conflictelor profunde care stau la baza producerii simptomelor. Deși considerată de mulți ca făcând parte din domeniul parapsihologiei, știința actuală a demonstrat faptul că hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conștiință, asemănătoare cu relaxarea sau stările meditative

specifice unor culturi orientale (Yoga; Zen).

Hipnoza este definită deci de majoritatea specialiștilor ca o stare modificată de conștiință indusă de regulă în mod artificial. Ea este asemănătoare cu somnul, dar diferă de acesta din punct de vedere electrofiziologic (unde cerebrale din timpul hipnozei sunt unde alfa -unde specifice stării de veghe relaxată). Hipnoza favorizează o creștere a sugestibilității, ca rezultat al căreia pot fi induse subiectului o serie de modificări la nivelul sensibilității,

153

motricității, memoriei, gândirii, afectivității (după Weitzenhoff er, 1963). Modificările spectaculoase ce se pot produce în timpul hipnozei stau la baza utilizării acesteia în scopuri terapeutice și autdformative. Hipnoza are o serie de aplicații în clinică pentru psihoterapie, cât și în alte domenii de activitate unde se urmărește optimizarea performanțelor umane: pentru sportivi, cosmonauți, pentru creșterea eficienței învățării, pentru reducerea tracului de scenă și actualizarea disponibilităților creative ale unor artiști, în clinică hipnoza se utilizează pentru reducerea durerii (în chirurgie, stomatologie, obstetrică în bolile cronice), în tratamentul unor boli psiho somatice (tahicardie, hipertensiune arterială, colite, astm bronșic, obezitate, tulburări sexuale etc), al unor afecțiuni dermatologice (prurit, psori azis, reacții alergice, tratamentul negilor etc), cât și în recuperarea unor accidente vasculare sau traumatisme. Sfera cea mai largă de aplicabilitate a hipnozei se situează în domeniul tratamentului unor afecțiuni nevrotice dintre care menționăm: tulburările de tip fobie, atacuri de panică, anxietate, acuze somatoforme, tulburări de somn, tulburări ale atenției și memoriei etc. Cercetări recente au evidențiat faptul că prin hipnoză se poate influența favorabil chiar evoluția unor boli deosebit de grave cum ar fi cancerul sau SIDA.

Rădăcinile hipnozei sunt foarte vechi, această tehnică fiind utilizată de maeștrii de Yoga sau Zen, precum și de șamanii triburilor primitive, fie în scop de vindecare, fie ca metodă de intrare în contact cu lumea spiritelor. Hipnoza modernă începe cu practicile medicului austriac Franz Anton Mesmer (1734-1815) care a descris hipnoza sub

154

denumirea de „magnetism animal”. Sistemul său a fost ironizat de medicii vremii din cauza manierei (pacienții erau introduși într-un butoi cu apă, fiind înconjurați de sârme și magneți meniți să pună în evidență „magnetismul animal” și nu de puține ori ei prezentau convulsii, induse prin sugestie, după care urma vindecarea). O comisie instituită în 1784 de către regele Franței și care avea sarcina să cerceteze din punct de vedere experimental „magnetismul animal”, a ajuns la concluzia că acesta este rezultatul imaginației. ■-, Deși teoriile lui Mesmer s-au dovedit nefondate științific, totuși o serie de pacienți, se vindecau în urma aplicării metodei respective și aceasta a convins că deși teoriile erau greșite, totuși fenomenul respectiv exista cu adevărat. Termenul de hipnoză este introdus de englezul James Braid (1795 - 1860), de la grecescul hipnos care înseamnă somn, el considerând hipnoza ca pe un „somn nervos”. Hipnoza revine în atenția cfinicienilor prin activitatea desfășurată în cadrul celor două mari școli ale psihiatriei franceze: școala de la Salpetriere, reprezentată de Jean Martin Charcot (1835 — 1893) și școala de la Nancy fondată de Hippolyte Bernheim (1840-1919).

Dacă Charcot considera hipnoza ca pe un fenomen patologic, specific istericilor, dimpotrivă, Bernheim era de părere că hipnoza este un fenomen normal, rezultat al sugestiei. Observațiile clinice au confirmat ipoteza lui Bernheim, psihoterapeuții constatând că istericii sunt mai puțin hipnotizabili decât alte categorii de nevrotici. Hipnoza a fost utilizată în psihoterapie și de către cunoscuții psihiatri Breuer și Freud. Ulterior Freud renunță la hipnoză în favoarea

155

propriei sale teorii și metode - psihanaliza, ceea ce a făcut ca pentru o perioadă interesul pentru hipnoză să scadă.

În 1889 a avut loc primul Congres Internațional de Hipnoză Terapeutică și Experimentală și cam în aceeași perioadă marii teoreticieni din domeniul psihologiei încep să se preocupe de fenomenul hipnotic. Astfel, Wilhelm Wundt a scris o lucrare despre hipnoză, Wilhelm James a inclus un capitol dedicat hipnozei în cunoscuta sa lucrare „Principiile psihologiei”, iar Pierre Janet se ocupă de hipnoză din perspectiva disocierilor de personalitate. O contribuție de seamă la clarificarea problematicii hipnozei a adus Clark Hull (1933) prin lucrarea „Hipnoză și sugestibilitate”. La ora actuală hipnoza se aplică pe scară largă în clinică și în optimizarea performanțelor umane de către medici și psihologi în domeniul psihoterapiei.

Dacă hipnoza are atât de multe aplicații practice în clinică și în perfecționarea comportamentului, se pune problema de ce nu este această tehnică utilizată pe o scară largă? Răspunsul la această întrebare se referă la două aspecte:

- în primul rând gradul de susceptibilitate la hipnoză este diferit de la un individ la altul, astfel încât există

subiecți care nu sunt hipnotizabili și ca urmare nu pot beneficia de avantajele acestei tehnici. Din fericire însă, clinicienii sunt de acord asupra faptului că și o transă mai ușoară corespunzătoare unei susceptibilități mai reduse la hipnoză poate avea efecte psiho-terapeutice evidente;

- în al doilea rând, tehnica hipnozei este laborioasă și cere din partea terapeutului dacă

156

nu niște calități paranormale, cel puțin un talent actoricesc și o capacitate de a -i influența pe alții mai ridicate decât în cazul altor tehnici de psihoterapie.

ETAPELE HIPNOTERAPIEI

Așa cum am arătat în lucrarea „Hipnoza și forțele nelimitate ale psihismului uman” (Hol -decivi; Vasilescu, 1991) hipnoterapia implică mai multe etape:

a. Faza de pregătire.

b. Inducția propriu-zisă.

c. Adâncirea transei.

d. Dehipnotizarea.

A. FAZA DE PREGĂTIRE

În această etapă i se explică subiectului în ce constă hipnoza, ce se așteaptă de la el și ce efecte poate avea aplicarea metodei asupra psihicului său, insistându-se asupra avantajelor pe care le are hipnoza în înlăturarea unor simptome de care subiectul doarește să se debaraseze. Se insistă mai ales asupra faptului că pacientul nu are de ce să se teamă și că el va trăi o experiență interesantă. Dacă subiectul este anxios în continuare, el trebuie interogată în legătură cu natura temerilor sale și apoi încurajat.

Astfel, de pildă, subiecților care se tem să nu fie manipulați de terapeut li se spune că ei nu -și vor pierde starea de conștiință și că vor putea ieși din hipnoză oricând vor dori. Este bine să i se ceară pacientului să rămână cât mai pasiv cu putință, să nu încerce în nici un fel să-l ajute pe experimentator, dar nici să nu încerce să reziste sugestiilor terapeutului.

157

Trebuie să i se arate că este în interesul său să beneficieze de metodă pentru a scăpa de problemele sale, iar dacă intenționează să nu se lase hipnotizat, este mai bine să se adreseze altui specialist.

De asemenea, se dă subiectului indicația de a nu -și analiza stările, de a nu încerca să afle ce se petrece cu el, el fiind instruit să lase să se întâmple ce „trebuie să se întâmple”, lăsându-se „dus” de instrucțiunile terapeutului. Inducția hipnotică cuprinde acele comportamente pe care i le cere hipnotizatorul subiectului la începutul ședinței, precum și ceea ce spune și face hipnotizatorul. Toate tipurile de inducție au în comun distragerea de la stimuli perturbatori externi, sugerarea relaxării și somnolenței, stimularea jocului liber al imaginației și concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (sau pe o parte a corpului) și pe ceea ce spune hipnotizatorul.

În timpul inducției, hipnotizatorul are la dispoziție două strategii speciale: cea a deprivării senzoriale și cea a dezvoltării unui tip de relație interumană specială, de tip simpatetic, între terapeut și pacient.

Înainte de a trece la inducția propriu-zisă, experimentatorul testează gradul de receptivitate la hipnoză al subiectului prin administrarea unor teste de sugestibilitate în stare de veghe. Facem precizarea că sugestia reprezintă o incitație susceptibilă să declanșeze reacții spontane, nemediate de instanțele reflexive ale rațiunii (Gheorghiu, 1982). În cele ce urmează, prezentăm, pentru exemplificare, câteva din cele mai cunoscute teste de sugestibilitate directe, prin care clinicienii testează subiecții pentru a vedea în ce măsură ei pot beneficia de tehnica hipnozei:

158

Testarea oscilației corpului. Subiectului i se cere să stea cu spatele la experimentator și să relaxeze toți mușchii (este indicat ca subiectul să aibă tocuri joase). Instrucțiunile care i se administrează sunt următoarele: „Doresc să stai în picioare, cu vârfurile apropiate, închide ochii și relaxează-te. În câteva momente îți voi spune să-ți imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mâinile pe spatelui tău și vei simți cum mâinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ți fie teamă, lasă-te dus. Eu voi sta în spatele tău și te voi prinde... etc”. Se consideră sugestiv acel subiect care are tendința de a cădea în direcția sugerată. Testul încleștării degetelor. I se cere subiectului să-și scoată inelele și i se administrează următorul instrucțiune: „Doresc să prinzi degetele unele în altele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei și strânge bine degetele unele într-altele. Strânge degetele cât poți de bine. Pe măsură ce strângi degetele unele într-altele vei constata că degetele tale devin tot mai încleștate, tot mai bine strânse unele în altele, ca și cum ar fi sudate. Degetele sunt tot mai încleștate, tot mai strânse, tot mai încleștate, încât nu poți să le desfaci. Ți-e imposibil să le desfaci. Încearcă să desfaci degetele, încearcă!... dar nu poți! Cu cât încerci mai mult să desfaci degetele, cu atât reușești mai puțin... încearcă! Dar nu poți!”. Cu subiecții care nu pot desface

degetele sau le desfac doar parțial se poate trece la inducția hipnotică.

Catalepsia pleoapelor. Subiectului, așezat într-o poziție comodă, i se administrează următoarele sugestii: „Doresc să închizi ochii și să te relaxezi. Nu te teme, nu te voi hipnotiza încă. Fii atent la vocea mea și relaxează-te, pe măsură ce te relaxezi,

159-

pleoapele tale devin tot mai-grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curând vei conștăta că ți-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb. Îți va fi foarte greu să deschizi ochii când îți voi spune s-o faci. Pleoapele tale sunt foarte grele. Foarte grele și strâns lipite. Ochii sunt atât de bine închiși încât nu-i poți deschide. Încearcă să deschizi ochii. Încearcă! Dar nu poți, nu poți deschide ochii...". Ca și în cazul celorlalte două teste de suges -tibilitate dacă subiectul are dificultăți în deschiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun subiect pentru hipnoză. Există în literatura de specialitate foarte multe tehnici de realizare a inducției hipnotice. Ne simțim obligați să avertizăm pe cititor că utilizarea de către nespecialiști (cei care au dreptul legal de practică sunt medici, psihologi) este pedepsită prin lege. În ceea ce privește aplicarea acesteia de către reprezentanți ai profesiunilor amintite, pentru a obține rezultate pozitive este necesar un stagiul de învățare a tehnicii, realizat pe lângă un hipnotizator experimentat, în caz contrar, terapeutul începător fie nu obține rezultate, fie poate produce chiar unele efecte negative asupra subiecților săi.

B. INDUCȚIA PROPRIU-ZISĂ

Starea subiectului, denumită transă hipnotică, se realizează prin procedeul denumit inducția hipnotică.

Aceasta presupune concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferință strălucitor), pe un stimul monoton (pendul, metronom), pe o anumită zonă a corpului (de pildă, concentrarea asupra punctului situat între sprâncene), cât și administrarea de către

160

terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolență.

Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre tehnicile de inducție hipnotică mai cunoscute.

1. Metoda de inducție hipnotică prin fixarea privirii (Hartland, 1971 cit. Holdevici; Vașil, 1991).

I se cere subiectului să se așeze comod pe un scaun sau fotoliu și i se dau următoarele instrucțiuni: „Doresc să privești un punct din tavan, să-ți fixezi atenția asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct pe care ți-e comod să-l privești. Nu-ți face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendința de a clipi. Dacă ți se întâmplă acest lucru, readu-ți încet privirea înapoi la punctul fixat. Fixează-l cât poți de bine. Stai relaxat. Relaxează-te și fii atent doar la vocea mea, la ceea ce voi spune. Corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult, tot mai mult. Pe măsură ce privești punctul ales și ascuți vocea mea, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult. Relaxează labelle picioarelor, gleznelor, gambelor, coapsele, brațele, mâinile. Întregul tău corp devine tot mai relaxat și simți o stare de toropeală plăcută care te cuprinde tot mai mult. Simți tot mai mult toropeală, destindere, relaxare. Ești tot mai toropit. Fii atent la vocea mea... ea te face să te simți tot mai toropit. Simți o greutate plăcută care îți cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu. Brațele devin grele, foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce în ce mai grele. Ești tot mai relaxat, toropit ca atunci când te pregătești să dormi. O senzație de căldură plăcută, adormitoare cuprinde tot corpul. Curând te vei cufunda într-o stare de relaxare adâncă, o stare care seamănă cu un

161

somn profund, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gândește-te la toropeala și somnolența care te cuprinde. Vocea mea te face tot mai toropit, tot mai relaxat, tot mai somnolent. Nu mai poți ține ochii deschiși. Ochii au tendința să se închidă. Clipsești, clipești tot mai des, pentru că nu mai poți ține ochii deschiși. Clipsești tot mai des și în curând nu vei mai putea ține ochii deschiși pentru că pleoapele devin grele, foarte grele ca de plumb. Devii tot mai toropit, tot mai relaxat. Pleoapele sunt atât de grele, încât, în curând nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele, devin tot mai grele și mai strâns lipite. (Dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm: Acum închide ochii și fii atent în continuare la ceea ce îți voi spune): „Ochii sunt închiși acum și te vei relaxa tot mai profund, tot mai profund, vei fi tot mai relaxat, tot mai toropit, mai relaxat, tot mai toropit. Vei fi atent numai la vocea mea. Fii atent și vei reveni din stare numai atunci când îți voi spune eu să revii. Te vei simți foarte liniștit și relaxat. Nimic nu te va tulbura. Te vei relaxa profund, foarte profund. Dacă se va întâmpla ceva care te poate pune în pericol, te vei trezi imediat și vei face față cu bine situației. Te relaxezi adânc, profund, foarte profund".

Prezentăm în cele ce urmează și alte câteva tehnici de inducție hipnotică (Hartland, 1971):

2. Metodă rapidă de inducție Subiectul stă în picioare în fața terapeutului. Acesta plasează mâinile pe

umerii subiectului și fixează cu privirea rădăcina nasului subiectului. I se spune acestuia: „Uită-te în ochii mei și imaginează-ți că vei adormi. Vei adormi repede. Imediat vei intra într-un somn profund, adânc, odihnitor. Continuă să te

162

uiți în ochii mei. Pe măsură ce te uiți în ochii mei simți o greutate care cuprinde tot corpul. Corpul devine tot mai greu. Picioarele sunt grele, foarte grele. Brațele sunt grele, foarte grele. Corpul este greu, tot mai greu, greu ca de plumb. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Te cuprinde o stare de toropeală, somnolență. Te simți obosit, corpul este atât de greu, greu ca plum bul. Simți nevoia să dormi. Pleoapele sunt atât de grele încât nu poți ține ochii deschiși. Ochii se închid. Nu poți să-i mai ții deschiși. Adormi! Adormi! Ochii se închid, se închid. Dormi! Somn profund!

În utilizarea acestor tehnici trebuie să ținem seama de câteva recomandări:

- dacă nu este necesară o stare de transă profundă, o metodă de inducție rapidă este adesea suficientă. Dacă avem nevoie de o transă mai profundă, atunci utilizăm o metodă mai lungă, cu mai multe detalii;
- metodele rapide fac impresie mai puternică asupra spectatorilor;
- uneori putem eșua să inducem hipnoza cu o metodă, dar putem reuși cu alta. De regulă, cu metodele mai lungi se reușește mai bine;
- pentru scopuri terapeutice metodele mai lungi sunt mai bune pentru că permit să obținem un control mai bun asupra subiectului.

Tehnici avansate de inducție Metoda levitației brațului A fost prima dată utilizată de M i 11 o n E r i c k s o n. Cea mai bună descriere a ei aparține lui W o l f e r g. Este o metodă dificilă și este utilizată doar de hipnoterapeuți cu experiență. „Doresc să stai comod pe scaun și să te relaxezi. Pune brațele pe coapse cu palmele în jos. Observă cu atenție brațele. Stai liniștit și relaxat. Vei observa că se petrec anumite lucruri cu brațele și cu palmele tale. Aceste fenomene

1 163

se petrec totdeauna când ești relaxat, dar de regulă nu le dai atenție.

Te rog să te concentrezi asupra palmelor tale, asupra tuturor senzațiilor care se petrec în ele. Vei simți poate greutate în palme sau presiune, vei simți materialul din care sunt făcuți pantalonii (sau fusta), sau poate vei simți căldura, sau mici furnicături în degete. Indiferent despre ce fel de senzații e vorba, doresc să le observi cu atenție. Atenția ta poate să fluctueze, să se abată de la palme, dar readu -o cu calm înapoi la palme. Continuă să te concentrezi asupra palmelor pe care le observi întrebându-te când va începe mișcarea din ele. (Când hipnotizatorul observă mișcarea într-unui din degetele subiectului, el menționează acest lucru și afirmă că mișcarea se va intensifica probabil). „E interesant de văzut care din degetele tale se va mișca mai întâi. Poate fi degetul mijlociu sau arătătorul sau inelarul etc. Unul dintre degete începe să tresară, să se miște. Nu știi încă ce deget se va mișca mai întâi. Continuă să te concentrezi cu toată atenția asupra degetelor. Vei constata o mișcare ușoară în degetul arătător al mâinii drepte. Odată ce a început mișcarea vei observa ceva interesant. Foarte încet degetele se vor depărta tot unele de altele, spațiul dintre ele va deveni din ce în ce mai mare. Degetele se vor depărta tot mai mult unele de altele. Se vor depărta mai mult unele de altele. (Aceasta este prima sugestie adevărată la care ne așteptăm să răspundă subiectul). „Pe măsură ce degetele se depărtează, vei observa că ele au tendința de a se arcui, de a se ridica. Observă cum arătătorul mâinii drepte se arcuiește, tinde să se ridice. Pe măsură ce se întâmplă aceasta și celelalte degete tind să-l urmeze, să se arcuiască, să se ridice. Să se

164

ridice. Pe măsură ce degetele tind să se ridice devii tot mai conștient de faptul că palma este ușoară, foarte ușoară, atât de ușoară încât toate degetele se vor arcui și palma se va ridica încet, încet de parcă ar fi trasă în sus de un balon care o ridică tot mai sus, din ce în ce mai sus. Palma dreaptă e ușoară ca un fulg și tinde să se ridice tot mai sus. Pe măsură ce palma se ridică, tot brațul se ridică tot mai sus, din ce în ce mai sus.

Pe măsură ce privești palma și brațul care se ridică tot mai sus, observi că devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Ochii devin tot mai obosiți, din ce în ce mai obosiți. Pe măsură ce brațele se ridică devii tot mai relaxat, tot mai toropit, mai somnolent. Pleoapele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tind să se închidă. Cu cât brațele se ridică tot mai sus, din ce în ce mai sus, te vei simți tot mai relaxat, tot mai toropit, vei simți nevoia să închizi ochii și să te lași în voia relaxării plăcute, odihnitoare. „Brațul se ridică tot mai mult, sus, tot mai sus. Devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Pleoapele grele, foarte grele. Respirația devine rară, tot mai rară, regulată. Inspiră și expiră adânc. Brațul se ridică tot mai mult și se apropie de fața ta. Te simți tot mai relaxat, tot mai toropit. Pe măsură ce brațul se apropie de fața ta intri într-o stare de relaxare adâncă, tot mai adâncă, tot mai profundă. Brațul continuă să se ridice tot mai mult, din ce în ce mai mult până când atinge fața, iar tu devii tot mai toropit, din ce în ce mai toropit, dar nu trebuie să adormi până

când mâna nu a atins obrazul. Când palma a atins obrazul vei adormi, vei dormi. Brațul își schimbă direcția și se ridică tot mai mult, tot mai mult îndreptându-se spre fața ta. Pleoapele devin grele, foarte grele. Devii tot mai toropit, tot mai toropit, tot mai somnolent. Pleoapele devin grele, tot mai grele și palma se

165

ridică tot mai mult îndreptându-se spre față. Te simți obosit și toropit. Ochii se închid, se închid. Când palma va atinge fața (obrazul) vei adormi, vei adormi profund. Devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat. Pleoapele sunt grele, grele ca plumbul și brațul se ridică tot mai mult, tot mai sus, tot mai sus. Când brațul atinge fața vei adormi adânc. (Dacă palma pacientului atinge fața). Dormi, dormi, dormi adânc. Te simți relaxat și toropit. Te gândești numai la somn și relaxare, relaxare profundă, profundă ca un somn adânc".

Sugestiile specifice inducției hipnotice trebuie date cu o voce calmă, fermă lipsită de stridențe. După cum se poate observa din lectura instrucțiunii prezentată mai sus, ele au un caracter repetativ, monoton contribuind la intrarea mai rapidă în hipnoză.

Tonul poate să fie autoritar (caracteristic hipnozei de tip patern) sau, dimpotrivă, blând, cald, insinuant (specific hipnozei de tip matern). Studiile clinice au demonstrat că hipnoza de tip matern este mai bine tolerată de un număr mai mare de pacienți, comparativ cu cea paternă, care trezește la unii subiecți tendințe opoziționiste.

C. ADÂNCIREA TRANSEI

De regulă, după ce a realizat inducția, terapeutul se va strădui să obțină o mai mare profunzime a stării hipnotice pe care o atinge subiectul său. Deși nu totdeauna o transă profundă este necesară pentru atingerea unor obiective terapeutice, totuși pentru explorarea unor conflicte din sfera personalității subiectului este dorit să se obțină o transă mai adâncă. Pentru adâncirea transei se procedează astfel (Hartland, 1971):

166

„Ești profund relaxat, dar poți intra într-o stare de relaxare și mai adâncă decât cea în care te afli acum. Dorești foarte mult să atingi o stare de relaxare cât mai profundă, pentru că aceasta este o experiență agreabilă, care îți va aduce mult bine. Te vei relaxa tot mai profund și toate sugestiile pe care ți le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum până la 5 (se poate număra până la 10, 20 etc.) și pe măsură ce număr, te vei cufunda într-o stare de relaxare tot mai profundă, mai adâncă, mai plăcută. Când vei ajunge cu numărătoarea până la 5 vei fi profund relaxat, toropit, atât de toropit, că atunci când îți voi spune să revii nu-ți vei mai aminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 - relaxarea (toropeala) devine tot mai profundă, din ce în ce mai profundă; 2 - relaxarea devine și mai profundă și mai adâncă; cu fiecare cuvânt spus de mine, cu fiecare expirație, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 - relaxarea (toropeala) adâncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult. Te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adâncă, foarte profundă, auzi doar vocea mea care parcă vine de undeva de departe; 4 - continuă să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ți le dau sau ți le voi da în viitor vor fi eficiente și în avantajul sănătății tale. Vei îndeplini tot ceea ce îți spun să îndeplinești. Nu te teme de hipnoză pentru că îți va face numai bine. Ești convins că nu ți se poate întâmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă îți vor besc, ești tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de câte ori îți voi spune să auzi, să vezi sau să simți ceva, vei trăi experiențe vii ca și cum ar fi în realitate. Vei auzi, vei vedea și vei simți ca în realitate. Ori de câte ori îți voi spune

167

să simți sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cele cerute, pentru că sunt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ți-o dau. Continuă să te relaxezi. Când vei ajunge cu numărătoarea la 5 vei fi foarte, foarte profund relaxat, adânc relaxat și toropit; 5 - profund relaxat, adânc relaxat. Nu vei reveni din relaxare decât atunci când îți voi spune să revii sau dacă mi se întâmplă mie ceva, sau dacă ceva te amenință. Altfel vei rămâne foarte relaxat, adânc relaxat și vei face tot ceea ce îți voi spune eu să faci. Când îți voi spune să revii nu îți vei mai aminti de nimic, decât de faptul că te-ai relaxat și te-ai odihnit". Odată ajuns aici, hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă hipnoza.

D. DEHIPNOTIZAREA (trezirea subiectului)

Pentru mulți subiecți este suficient să comandăm pe ton plăcut, dar ferm: „Revino! trezește-te!” sau „când voi lovi cu degetele vei fi pe deplin treaz, trezește-te!”. Pentru pacienții aflați într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă gradat ca în exemplul de mai jos (Hartland, 1971): „Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Când vei ajunge cu numărătoarea la 1, vei fi complet treaz, îți vei reveni complet. Te vei simți bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun: 5 - vei reveni curând din relaxare; 4 - revii încet la normal; 3 - revii tot mai mult; 2 - când vei ajunge la 1 vei reveni complet; te vei simți foarte

bine; 1 - ai revenit complet, ești pe deplin treaz; ai mintea limpede, clară, ești complet treaz, vioi, alert!". Dacă subiectul se mai menține tot uși într-o stare de amețală, nu se ține bine pe picioare, are un
168

aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta comandând pe un ton ferm: „Ești pe deplin treaz!" sau poate repeta procedeul de dehip-notizare. În nici un caz terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece până nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Este indicat ca subiecții care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsați să mai aștepte puțin într-o cameră, înainte de a pleca, hipnotizatorul urmând să mai verifice o dată starea în care se află aceștia.

Există cazuri, foarte rare, când unii subiecți pot prezenta cefalee, confuzie, amețeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales când pacienții nu sunt de acord să îndeplinească sugestiile administrate de terapeut, deși s-au prezentat la tratament ei pot, de pildă, în mod inconștient să nu dorească să se lase de fumat sau sunt nevrotici și atunci fenomenul este interpretat ca o rezistență la hipnoterapie. În astfel de cazuri este indicată o terapie mai în profunzime, în cadrul căreia să se abordeze conflictele din sfera personalității subiectului. O astfel de tehnică este hipnoanaliza, la care ne vom referi mai târziu. Clinicienii citează și cazuri, foarte rare, când subiectul refuză să revină din hipnoză atunci când i se dau comenzi în acest sens. Acest lucru se poate întâmpla fie datorită unei erori de tehnică (terapeutul i-a sugerat, fără să-și dea seama, să nu se trezească), fie datorită unor rezistențe la revenire, care, la rândul lor, pot avea mai multe cauze, dintre care amintim:

- existența unor sentimente de ostilitate față de terapeut;
- sugestii post-hipnotice, pe care subiectul nu dorește să le îndeplinească;

169

- tulburări în sfera personalității (nevoia de a fi dominat, de a evita un conflict, nevoia de a fugi de realitate);

- transformarea hipnozei în somnambulism de tip isteric.

Weitzenhoffer (1957) citează cazul unui hipnotizator începător care administrează subiectului următoarea sugestie: „Pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb etc. Ai ochii închiși, nu poți deschide ochii. Încearcă să deschizi ochii dar nu poți!". După 10 minute el încearcă să trezească subiectul care s-a dovedit receptiv, spunându-i: „Deschide ochii!". Acesta nu poate deschide ochii pentru că nu a fost anulată sugestia „nu poți deschide ochii!". Corect ar fi fost ca terapeutul să spună: „Acum poți să deschizi ochii, poți să deschizi ochii... Deschide ochii!" sau să fi dat de la început o sugestie de genul: „Nu vei putea deschide ochii până când eu nu voi bate din palme!".

În situațiile în care subiectul refuză să revină din hipnoză este indicat ca el să fie lăsat liniștit, deoarece în majoritatea cazurilor hipnoza se transformă în somn natural și el se trezește singur după un timp oarecare. O altă metodă frecvent folosită este interogarea subiectului, aflat în stare de hipnoză, de ce refuză să se trezească. De regulă, răspunsul subiectului sugerează terapeutului ce sugestii trebuie să administreze în astfel de situații. O regulă de fier a hipnoterapeuților clinicieni este anularea sugestiilor administrate în timpul hipnozei. Aceste sugestii trebuie anulate chiar dacă subiectul nu a reacționat la ele în timpul hipnozei.

J a l o w i c z (cit. Weitzenhoffer, 1957) citează cazul unui subiect cărui i s-a administrat în timpul hipnozei, în scopuri

170

demonstrative, sugestia că a fost atins cu un fier înroșit și că pe braț îl apare o bășică, în timpul hipnozei nu se întâmplă nimic, subiectul este dehipnotizat și trimis acasă. A doua zi acesta se prezintă la medic acuzând o arsură pe braț, arsură a cărei cauză nu o cunoaște, fapt ce demonstrează posibilitatea existenței unor efecte întârziate ale hipnozei, în cazul în care terapeutul a uitat să anuleze sugestiile administrate, se recomandă ca subiectul să fie hipnotizat din nou și să administreze treze sugestiile de la început, inclusiv anularea lor, ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat.

UTILIZAREA TERAPEUTICĂ A HIPNOZEI

Hipnoza poate fi utilizată terapeutic fie ca psihoterapie centrată exclusiv pe simptom, fie ca terapie de mare profunzime în varianta hipnoanalizei.

1. Hipnoza ca terapie centrată pe simptom Teama că înlăturarea simptomului va produce o substituție de simptom înlocuind simptomul inițial cu altul, de multe ori mai sever, este mult exagerată. Din fericire în practică acest fenomen nu se întâmplă prea des și dacă am merge prea departe cu această afirmație nu am mai prescrie un antinevralgic pentru dureri de cap, fără o tomografie computerizată. Desigur, înlăturarea simptomului nu rezolvă conflictele de profunzime ale pacientului. Cu toate acestea, de multe ori simptomul este atât de invalidant încât este necesară atacarea lui frontală așa cum se întâmplă de pildă în cazul

atacurilor de panică, a insomniilor, a durerii cronice sau a unor tulburări de dinamică sexuală la bărbați.
171

Înlăturarea simptomului va crește încrederea pacientului în terapeut și atunci când condițiile o permit, se poate realiza în continuare și o psihoterapie care vizează restructurarea personalității. Hartland (1971) este de părere că reducerea simptomului va fi mult mai eficientă dacă se dau subiectului, după inducția hipnotică, sugestii de întărire a eului, de scădere a anxietății și de creștere a încrederii în sine. Principiul terapeutic propus de acest autor constă în combinarea sugestiilor de întărire a eului cu cele terapeutice propriu-zise, care au ca obiectiv înlăturarea simptomului.

Prezentăm pentru exemplificare, modelul de sugestii utilizate pentru întărirea eului (Hartland, 1971): „Ești atât de destins, de relaxat, de profund relaxat încât mintea ta devine tot mai receptivă la ceea ce îți voi spune. Tot ceea ce îți voi spune va pătrunde adânc în subconștientul tău, se va întipări acolo și va lăsa o urmă adâncă, pe care nimeni nu o va putea șterge. Ceea ce se va întipări în subconștientul tău va lăsa o mare influență asupra modului în care gândești, simți și acționezi. Aceste idei pe care ți le sugerez și care se vor întipări în subconștientul tău vor continua să acționeze asupra gândurilor, sentimentelor și modului tău de a acționa și atunci când nu ești cu mine, când ești acasă, la serviciu sau în altă parte, aceste gânduri vor acționa tot atât de puternic ca și aici. Ești profund relaxat și tot ceea ce îți spun se va întâmpla spre binele tău, în avantajul tău. În cursul acestei relaxări te vei simți tot mai puternic, tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine, te vei simți tot mai vioi, tot mai alert, mai energic, mai puțin obosit, tot mai puțin descurajat, tot mai puțin depresiv.

172

„Zi după zi vei deveni tot mai interesat de ceea ce se întâmplă în jur astfel încât mintea ta va fi distrasă de la propria persoană și de la problemele care te frământă. Te vei gândi tot mai puțin la tine însuși, la dificultățile tale, vei fi tot mai puțin preocupat de propriile trăiri. Vei deveni tot mai puțin îngrijorat, tot mai puțin agitat, tot mai puțin anxios, tot mai puțin deprimat. Vei fi capabil să gândești clar, să te concentrezi tot mai bine. Îți vei concentra tot mai mult atenția asupra a ceea ce faci. În consecință, memoria ta se va îmbunătăți. Vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală, fără a le permite să ia proporții. Zi după zi vei deveni tot mai relaxat, te vei enerva tot mai puțin. Zi după zi vei deveni și vei rămâne tot mai relaxat, tot mai puțin încordat, atât fizic cât și psihic. Devii și rămâi tot mai relaxat, cu tot mai multă încredere în tine, în posibilitățile tale de a face față la ceea ce ai de făcut. Vei avea tot mai multă încredere în forțele proprii fără anxietate, fără încordare, fără teama de a greși. Zi după zi te simți tot mai independent, tot mai stăpân pe tine, vei putea să stai pe propriile tale picioare, vei fi independent, încrezător în foiele proprii, vei putea face față cu bine oricărei dificultăți. Zi după zi te vei simți tot mai bine, tot mai încrezător în forțele proprii, cu un sentiment de bunăstare și siguranță personală. „Cu fiecare ședință de relaxare te vei simți tot mai fericit, tot mai încrezător, tot mai mulțumit, tot mai optimist. Vei fi tot mai capabil să te bazezi pe tine însuși, să-ți susții părerile, judecățile, opiniile, să stai pe propriile tale picioare. Vei simți tot mai puțin nevoia să te bazezi pe alți oameni, să depinzi de altcineva”. După încheierea acestui instructaj conținând sugestii de întărire a eului se poate trece la

173

administrarea sugestiilor pentru înlăturarea simptomului.

Prezentăm, în cele ce urmează, un set de sugestii propuse de Wolberg (cit. Hartland, 1971) pentru psihoterapia alcoolismului: „În momentul în care consumi alcool te vei simți foarte rău de la stomac, ți se va face tot mai rău, din ce în ce mai rău. Îți va fi atât de rău încât nu vei mai fi capabil să înghiți băutura pe care o vei vomita imediat...”. 2. Hipnoanaliza

În multe afecțiuni nevrotice sau psihosomatice simptomul se manifestă ca o reacție de apărare a eului pacientului împotriva unor conflicte mai profunde sau mai superficiale. Diverse simptome (reacții de vomă, alergiile, atacurile de astm etc.) sunt mesaje ale organismului prin care acesta comunică faptul că ceva nu e în regulă cu el, cerând în mod inconștient ajutor.

Anumite expresii utilizate de pacienți sunt de fapt indicatori -simboluri ai conflictelor psihologice care stau la baza îmbolnăvirilor. Astfel, de pildă, expresia „mi se face silă de pisălogeala ta” se poate traduce în plan somatic printr-o reacție de vomă.

O mare cantitate de agresivitate sau frustrare care nu e exprimată verbal se poate manifesta sub forma unor simptome. Medicii au constatat că persoanele care nu se ceartă niciodată își exprimă frecvent nemulțumirea prin simptome corporale. Este cunoscut faptul că artritele reumatoide apar la persoanele care au o cantitate mare de nemulțumire refulată, în timp ce insomnia poate ascunde o teamă inconștientă de moarte, iar în cazul colitelor ulceroase psihosomaticienii spun că pacientul se „roade pe dinăuntru” din cauza eforturilor

pe care le face de a scăpa de problema sa.

174

Dacă psihotraumele și conflictele mai recente și mai superficiale pot fi abordate prin simp lă hip-noterapie centrată exclusiv pe simptom, în cazul conflictelor mai severe este absolut necesară terapia de profunzime care se referă la descoperirea acestor conflicte, a reacțiilor emoționale asociate, terapia încheindu -se cu ajutorarea pacientului să le cunoască și să le facă față.

O astfel de abordare se realizează prin inter mediul hipnoanalizei care îmbină tehnicile de hipnoză cu unele metode specifice psihanalizei. Hipnoanaliza utilizează aceleași tehnici de inducție și adâncire a transei hipnotice, după care recurge la procedee specifice psihanalizei. Hipnoanaliza are, față de psihanaliză, avantajul că reprezintă o psihoterapie de scurtă durată. Ea ajută pe pacient să se elibereze de simptomele de care acesta dorește să scape, contribuind totodată și la restructurarea mai profundă în sfera personalității acestuia prin accesul la anumite zone ale inconștientului, unde s -au structurat conflictele generatoare de simptome.

Hipnoza, prin relaxarea rezistențelor la psiho terapie, scurtează durata tratamen tului comparativ cu psihanaliza clasică cura hipnotică durând în medie 20 de ședințe, ceea ce înseamnă relativ puțin comparativ cu o cură psihanalitică ce durează 2 —3 ani. Diferența esențială față de psihanaliză constă în aceea că terapeutul hipnoanalist nu rămâne pasiv până când rezistențele pacientului se dau cumva la o parte, ci el le atacă frontal, înainte ca ele să oprească progresul psihoterapiei sau, în unele situații, ignoră această rezistență. Singurul criteriu de selecție al pacienților pentru h ipnoanaliza este gradul de hipnotizabilitate al acestora.

175

Cu cât se obține o transă mai profundă, cu atât hipnoanaliza are șanse mai mari, pacientul având acces mai ușor la amintiri și conflicte uitate din trecutul său, care ii produc simptome nevrotic e sau psihosomatie. O transă mai profundă facilitează și producerea amneziei post -hipnotice care îl va proteja temporar pe pacient de amintiri prea penibile, care vor fi aduse în conștiință abia când pacientul se va simți suficient de puternic să le facă față. W o l b e r g consideră că scopurile rezonabile ale unei psihoterapii scurte de tip hipnoanalitic ar fi:

- reducerea simptomelor;
- revenirea la nivelul de funcționare psihică dinainte de îmbolnăvire;
- înțelegerea de către pacient a unor factori ca re au favorizat îmbolnăvirea;
- recunoașterea de către pacient a unor perturbări ale personalității care împiedică pe pacient să se adapteze în mod eficient la mediu;
- conștientizarea modului în care se produc simptomele (psihice și somatice), structura te pe baza experiențelor psihotraumatizante trecute și a condiționărilor din copilărie;
- recunoașterea de către pacient a legăturii dintre conflictele trecute și boala prezentă.

H a r l i a n d (1975) consideră că hipnoanaliza are două etape principale:

1. Analitică - se referă la descoperirea de către pacient a conflictelor inconștiente care sunt generatoare de simptome.
2. Sintetică - prin intermediul „insightului” și reeducării, pacientul este ajutat să -și elaboreze noi deprinderi de gândire și noi modele de comportament și în consecință să -și reconstruiască încrederea în sine, în capacitatea sa de autocontrol și de a face față existenței așa cum este ea.

176

Hipnoanaliza reprezintă deci o modalitate prin care terapeutul se adresează ego -ului inconștient al pacientului și aceasta o face mai direct și mai rapid decât prin intermediul psihanalizei.

Psihanaliza clasică utilizează patru tehnici de descoperire a conflictelor inconștiente și toate acestea pot fi utilizate în cadrul hipnoanalizei:

1. Tehnica asociațiilor libere.
2. Interpretarea rezistențelor și mecanismelor de apărare.
3. Analiza transferului.
4. Interpretarea viselor. Asociațiile libere

Tehnica este asemănătoare cu cea a psi hanalizei clasice, diferența constând în aceea că în hipnoanaiiză demersul are loc în transa hipnotică, iar procesul asociativ apare mai frec vent sub forma imaginării. Pacientul e încurajat să ia act de diversele imagini, gânduri, asociații care îi trec prin minte, indiferent dacă legăturile dintre ele i se par logice sau nu. fnsăși inducția hipnotică va înlătura unele rezistențe la asociația liberă. Asociațiile se desfășoară mai ușor în hipnoză și adesea o singură ședință va furniza mai multe informații relevante decât câteva ședințe în stare de veghe.

Transa medie este de regulă suficientă pentru ca pacientul să producă un material semnificativ pentru psihoterapeut. Hipnoanalistul trebuie să asculte în mod pasiv și să evite întreruperea fluxului normal al asociațiilor pacientului (care vorbește liber) notând ce și cum se exprimă acesta. Dacă el remarcă ceva deosebit, trebuie să-l interogheze pe pacient în legătură cu problema neclară, direcționând fluxul asociațiilor acestuia pe canalul dorit. Dacă

177

pacientul se blochează, terapeutul pune mâna pe fruntea acestuia și îi comandă: „Voi număra până la 5 și când voi ajunge cu număratoarele până la 5, îți va veni în minte cu vântul sau imaginea care are legătură cu ceea ce ai spus înainte” (Harland, 1978). Mecanismele de apărare și rezistențele în psihanaliză terapeutul interpretează rezistențele pacientului. De pildă, când pacientul întârzie, terapeutul îi arată ce se ascunde în spatele întârzierii - un mecanism de apărare al eului: întârziind pacientul caută să evite să se ocupe de problemele sale timp de 50 de minute sau, când întârzie frecvent, el poate dori în mod inconștient să-și provoace terapeutul să-l lăseze afară. Psihanalistul interpretează aceste fenomene pentru pacient. Hipnoanalistul interpretează aceste mecanisme în același fel. Dar, în hipnoză pacientul este mai vulnerabil și aceste rezistențe trebuie manevrate cu mai multă grijă, blândețe și respect față de pacient. Ele nu trebuie atacate prea rapid. Astfel, de pildă, un student la arte plastice a venit la hipnoanaliză pentru că nu era capabil să-și termine lucrarea de diplomă și nu știa dacă este sau nu homosexual, neavând curajul să se apropie nici de bărbai, nici de femei. Când a fost aplicată pentru prima dată tehnica teatrului interior, pacientul a spus în hipnoză că s-a defectat frânghia care trebuia să tragă cortina (de 2 ori). Apoi a văzut o nouă cortină metalică ce bloca vederea pe scena imaginară, în această situație terapeutul a oprit încercarea pentru un timp, reluând-o abia după o lună de terapie. Acum tehnica a putut fi aplicată, pacientul văzând pe scena imaginară un bătrân care ataca sexual un băiat. Această scenă a readus în conștientul subiectului amintirea refulată din copilărie când acesta dormise în pat cu bunicul

178

său și acesta a încercat să abuzeze sexual de el. Astfel, pacientul a ajuns să conștientizeze sursa fricilor sale de natură homosexuală (Erika Fromm, 1984). În hipnoanaliză interpretarea rezistențelor nu este un mod necesar atât de rigurosă ca în psihanaliză. Uneori hipnoanalistul interpretează rezistențele, dar sunt și situații în care terapeutul observă rezistențele și le trece sub tăcere. El caută acele strategii terapeutice care să facă rezistențele inutile. Numai atunci când aceste strategii dau greș terapeutul atrage atenția pacientului asupra existenței rezistențelor. Analiza rezistențelor nu mai reprezintă o piatră unghiulară ca în psihanaliză, mai ales datorită faptului că una din caracteristicile subiectului hipnotic este aceea de a coopera cu terapeutul, fapt ce face ca rezistențele să se manifeste mai puțin decât în sarcina de veghe. Transferul se referă în psihanaliză la faptul că pacientul are sentimente nerealiste față de terapeut pe care îi identifică cu o figură semnificativă din copilăria sa. (fi vede pe terapeut prin ochelarii trecutului, ochelari ce pot fi rozi sau întunecați). Astfel pacientul caută să reediteze cu terapeutul o relație importantă din existența sa timpurie. Când pacientul realizează un transfer pozitiv, el își iubește și își idealizează terapeutul. Când transferul e negativ - îl urăște. Ambele tipuri de transfer trebuie lucrate de către terapeut. Transferul este și mai puternic în hipnoanaliză comparativ cu psihanaliza clasică, pentru că în hipnoză pacientul are acces mai rapid la conflictele și afectele sale reprimite, el fiind într-un contact mai direct cu propriul său subconștient. Există trei mai categorii de transfer (Erika Fromm, 1984):

179

1. Transferul care caracterizează tipul infantil de dependență.

2. Transferul oedipian.

3. Transferul fratern.

- Dependența de tip infantil. Situația hipnotică în sine tinde să favorizeze transferul de tip dependență infantilă mai ales la începuturile ei. Pacientul vine la hipnoterapie și așteaptă ca terapeutul să aibă grijă de el să-i rezolve problemele în timp ce el „doarme”. De fapt, pacientul vrea să fie dependent, considerându-l pe terapeut ca pe un părinte omniscient și omnipotent. Sentimentele legate de transfer sunt nerealiste și exagerate, el dorind ca terapeutul să ia deciziile în locul pacientului, așa cum au făcut părinții - tata sau mama - în copilăria sa.

- Transferul de tip oedipian. Așa cum complexul lui Oedip are două laturi: dorința de a întreține relații sexuale cu părintele de sex opus și dorința de a câștiga obiectul dragostei în competiția cu părintele de același sex, de a cărui război subiectul se teme - în hipnoză acest complex îmbracă aceleași două forme: seducția și competiția cu dorința de moarte a concurentului. În hipnoanaliză aceste sentimente arhaice sunt transferate asupra persoanei hipnoterapeutului.

Aceste sentimente pot îmbrăca diverse forme:

- pacienta (femeie) poate avea fantezii legate de faptul și hipnotizatorul o ține în brațe, face dragoste cu ea;
- o altă pacientă poate acuza nejustificat terapeutul că a agresat -o sexual în timp ce se afla în hipnoză (aceasta din urmă se răzbună în mod inconștient pe terapeut; figura tatălui -pentru că nu a sedus-o)

180

- Transferul de tip fratern. Adesea pacientul dezvoltă în hipnoză o trăire de tip rivalitate fraternă.

Erika Fromm relatează cazul unei paciente care nu putea intra decât într-o transă ușoară în cabinetul terapeutului. Această pacientă a rugat -o s-o învețe autohipnoza. Rezultatul a fost că pacienta relatează că acasă, practicând autohipnoza, ea putea atinge o transă mult mai profundă. La o analiză mai atentă a reieșit un sentiment de rivalitate fraternă: „eu pot să fac asta mai bine decât o faci tu”. Problema se pune dacă este util să interpretăm rivalitatea fraternă a pacientului aflat în hipnoză. Răspunsul majorității terapeuților este că e mai util să nu o facem, pentru că pacientul se va simți jenat și culpabil.

Dacă în psihanaliză se analizează în detaliu toate componentele transferului, în hipnoză -analiza e mai bine să nu conștientizăm chiar fiecare sentiment inconștient care își face apariția (Fromm, 1968). Specialiștii sunt de părere că este mai constructiv să utilizăm sentimentele legate de situația transferențială decât să le analizăm cu orice preț.

Astfel, de pildă, Erika Fromm laudă pacienta aflată în heterohipnoză pentru succesele obținute de ea în autohipnoza. Terapeutul îi spune că este foarte fericit că ea a învățat să se ajute singură intrând în transă prin autoinducție.

Terapeutul îi sugerează, de asemenea, în heterohipnoză că ea va intra într-o transă din ce în ce mai profundă prin autohipnoza și că, în această situație, îi vor veni în minte tot felul de amintiri și imagini care vor aduce o lumină nouă asupra problemelor sale. Aceste imagini vor

181

furniza un material tot mai bogat pentru viitoarea ședință de hipnoanaliză. Analiza viselor. După cum am mai arătat, Freud (1953) a denumit visele nocturne „calea regală spre subconștient”. Din punct de vedere psihanalitic visul este considerat ca o încercare a ego-ului de rezolvare a problemelor inconștiente ale subiectului. French și Fromm (1964) au arătat că visul este o reacție la un conflict cât și o expresie a unui conflict de natură subconștientă. Orice vis nu este altceva decât o încercare mai mult sau mai puțin izbutită de a rezolva conflictul. Psihanalistul sau hipnoanalistul care încearcă să descifreze un vis se află în situația unui cercetător care încearcă să descifreze un text scris cu hieroglifice. Acest mesaj trebuie tradus în codul specific stării conștiente (de veghe). Demersul terapeutului trebuie să aibă în vedere decodificarea simbolurilor pentru a le face accesibile mentalului conștient al pacientului, în ceea ce privește interpretarea viselor, hipnoanalistul are un mare avantaj față de specialistul în psihanaliză clasică. Psihanalistul trebuie să aștepte, uneori săptămâni, pentru ca pacientul să relateze visele sale. În același timp, psihanalistul clasic este confruntat mereu cu problema că marea majoritate a conținutului viselor - chiar și a celor pe care pacientul și le amintește, a fost refuzat, uitat, reprimat, în schimb, hipnoza pune la dispoziție o serie de mijloace care facilitează și optimizează lucrul asupra viselor. Astfel:

- Hipnoanalistul are posibilitatea să inducă visele în timpul ședinței de hipnoză. Aceste vise pot fi relatate imediat de către pacient.
- Hipnoanalistul poate sugera pacientului faptul că el are „un vis legat de o problemă anume sau de un conflict” pe care terapeutul încearcă să-l ajute să și-l rezolve.

182

- Dacă pacientul nu a ajuns la o soluție prin intermediul visului, hipnoanalistului îi poate sugera faptul că el revizuează din nou visul și încearcă să se confunde încă o dată cu problema sa într-o manieră diferită și la un nivel diferit. Terapeutul poate să-l încurajeze pe pacient în legătură cu faptul că va găsi o soluție mai bună dacă va încerca să revizueze visul său (Sacerdo-te, 1967).

- Terapeutul poate, de asemenea, sugera pacientului că acesta va fi capabil să înțeleagă semnificațiile și simbolismul propriilor vise din ce în ce mai bine, pe măsură ce trece timpul. Hipnoanalistul dispune și de mecanismul sugestiei posthipnotice. Astfel, el poate sugera pacientului că va visa o serie de vise importante, cu semnificație pentru problematica sa. Se poate sugera că deși este posibil ca aceste vise să fie uitate, ele vor reveni în conștiința pacientului imediat ce acesta va intra în cabinetul psihoterapeutului.

Astfel, terapeutul poate explora și interpreta împreună cu pacientul său întreg conținutul viselor. Astfel, se poate lucra cu vise complete și nu doar cu fragmente pe care eventual și le amintește pacientul.

Adesea, în timpul ședinței de hipnoanaliză, când i se dă pacientului sugestia să viseze, acesta poate reproduce în mod spontan un vis nocturn semnificativ, care fusese refuzat, în același timp, el poate produce un vis diurn care are semnificații psihologice ce pot fi interpretate.

Hipnoanaliză mai are și alte avantaje comparativ cu psihanaliza clasică. Astfel, atunci când pacientul se află

în hipnoză, mai ales într-o hipnoză profundă, terapeutul se poate adresa direct inconștientului și subiectului prin utilizarea unor tehnici specifice dintre care amintim tehnica imaginației dirijate sau regresia de vârstă.

183

În astfel de situații inconștientul pacientului poate furniza răspunsuri nemijlocite. Datorită acestui fapt, hipnoza poate aduce îmbunătățiri rapide în comportamentul pacienților. Tehnica hipnoanalitică se utilizează pentru descoperirea și interpretarea conflictelor inconștiente. Odată ce terapeutul identifică un conflict de natură inconștientă, el trebuie să-l ajute pe subiect să rezolve conflictul respectiv, în același timp, hipnoanalistul trebuie să-l conducă pe pacient în așa fel încât acesta să vadă care este sursa luptelor sale interne și să fie capabil să-și reorganizeze mecanismele personalității sale astfel încât să ajungă la o formulă de viață productivă și plăcută. Scopul final al hipnoanalizei este facilitarea maturizării și creșterii psihice a pacientului. În afara tehnicii asociațiilor libere și analizei viselor, hipnoanaliza utilizează și alte tehnici cum ar fi:

1. Tehnica imaginației dirijate (Fromm, 1984)

Psihanalistul Heinz Hartmann (1958) sublinia faptul că există două tipuri de imaginație:

- a. imaginație simbolică, care reprezintă o strategie cognitivă a ego-ului inconștient;
- b. imaginație de testare a realității care are rol de a asigura planificarea viitoarelor situații cu care subiectul este confruntat (ce va face sau ce va spune subiectul într-o situație dificilă). Hipnoterapeutul utilizează ambele tipuri de imaginare. Astfel, el recurge la imaginarea de tip simbolic atunci când dorește, de pildă, să simbolizeze pentru pacient procesul evoluției sale de la o boală spre starea de sănătate ca fiind un rău tumultuos pe care pacientul trebuie să-l traverseze sau ca fiind un munte pe care acesta trebuie să-l urce. Imaginarea care are drept scop testarea realității poate fi utilizată, de pildă, atunci când avem de-a face cu o fobie, cum ar fi fobia de

184

zbor cu avionul. Hipnoterapeutul poate descrie pacientului treaptă cu treaptă drumul său spre aeroport, intrarea în aeroport, predarea bagajelor, trecerea pe la organele de control ale aeroportului, îmbarcarea, călătoria cu avionul în timpul căruia subiectul își imaginează că citește o carte atât de interesantă încât ignoră disconfortul zborului.

Apelând la antrenamentul mental al unor situații psihotraumatizante în stare de hipnoză terapeutul îi poate ajuta pe pacienți să obțină un mai bun control asupra realității. Prin hipnoterapie, pacientul ajunge să transfere sentimentul de succes din cadrul unor situații de imaginare asupra unor situații reale (Frankl, 1976).

2. Tehnica ego-ului ideal. Un alt concept utilizat în cadrul hipnoanalizei este cel de „ego-ideal”.

Psihologia psihanalitică face diferența dintre supraeu (ego) sau conștiința și eul ideal. Supraeul stabilește norme-granițe-limite, în timp ce eul ideal stabilește scopuri (Stoller și Fromm, 1974).

Ego-ul ideal reprezintă ceea ce un individ dorește sau visează să devină. Dacă cineva nu și atinge nivelul de aspirații, el trăiește sentimente de jenă și culpabilitate pentru că nu a ajuns atât de competent și atât de perfect cât și-ar fi dorit.

Hipnoanalistul îi poate ajuta pe pacienți pentru a aduce ego-ul ideal în cursul terapiei ca și cum acesta ar fi real.

De pildă, se poate sugera pacientului că un individ care arată exact ca și el intră în încăperea, se așează pe un alt fotoliu și povestește cum a făcut el față în mod eficient și competent acelor situații care îi preocupă pe pacient. Apoi, se poate sugera în continuare că pacientul se contopește, devine una cu același personaj eficient.

AUTOHIPNOZA

Ce este autohipnoza?

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învață să și-o inducă singur.

Pentru a încuraja independența și autonomia pacientului se recomandă astăzi tot mai mult practicarea autohipnozei mai ales după ce subiectul a realizat câteva ședințe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are și menirea de a-l învăța principiile și tehnica autohipnozei. Totuși, dacă problemele nu sunt prea grave, puteți încerca și singuri să vă folosiți de o astfel de tehnică.

Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului și o modalitate de explorare creativă a eului, în care subiectul își poate cunoaște mai bine propriile probleme, le poate rezolva supunându-se propriilor sale autosugestii, în autohipnoza subiectul își investighează lumea sa subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile, pentru a afla mai precis, cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultățile și particularitățile individului, se poate trece la depășirea acestora și la

autoper-fecționarea propriilor posibilități. Concret, ce putem realiza prin autohipnoza? - să ne cunoaștem mai bine și mai profund;

186

- să ne relaxăm după o zi încordată și agitată;
- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme și să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristețe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuații ale dispoziției și randamentului, de gânduri negative și complexe de inferioritate;
- să ne îmbunătățim capacitatea de concentrare a atenției, memoria, voința, să gândim mai lucid și să ne autoprogramăm psihicul pentru o viață mai sănătoasă și eficientă;
- să ne debarasăm de unele deprinderi negative cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.

Ce trebuie să știm înainte de a face autohipnoza?

Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conștiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde și zone inconștiente, la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raționale și care conțin atât resurse și disponibilități creative nebănuite cât și conflicte și psihotraume reprimite care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice.

Inconștientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit și eficient sau, dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav.

Observațiile empirice și practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori, când apare un conflict între conștient și inconștient, în conștientul este cel care câștigă bătălia. Mulți psihologi spun chiar că inconștientul este un fel de „șef” care ne conduce fără ca noi să ne dăm seama, în același timp însă, la nivel inconștient nu se poate face deosebirea dintre adevărul sau falsul unei informații, neexistând posibilitatea de

187

testare a realității. Dacă, dintr-un motiv oarecare s-a fixat informația: „Când Ana travează o stradă sau o piață largă i se face rău”, atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanșează ca și cum ar fi apăsat pe un buton de comandă, în mod inconștient se activează programul și i se declanșează simptomul. Programarea „inconștientului” se poate realiza în stare de relaxare sau, și mai eficient, în stare de autohipnoză prin autosugestii de tip afirmativ, prin tehnica imaginației dirijate (vizualizate) și prin practicarea gândirii pozitive. Autosugestiile sunt afirmații prin care subiectul își pune în gând cum dorește el să fie sau ce dorește să realizeze. Construirea autosugestiilor Pentru ca aceste autosugestii să fie eficiente ele trebuie să îndeplinească unele condiții:

- să se utilizeze doar afirmații cu conținut pozitiv (de exemplu în loc de „nu -mi va mai fi niciodată teamă” trebuie să spunem: „sunt deja calm, puternic, echilibrat!”);
- autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;
- după ce am practicat un timp autohipnoză sau relaxarea, putem utiliza și autosugestii în stare de veghe, atunci când ne simțim nervoși;
- autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când ne pregătim să facem față unei situații dificile sau care ne creează teamă. Persoana care dorește să practice autohipnoza trebuie să învețe să-și creeze propriile autosugestii pentru a-și rezolva problemele personale. Acestea trebuie construite pornind de la conținutul problemelor și gândurilor negative care ne vin în minte.

188

De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: „Viața mea conține multe lucruri pozitive”, „Vreau să trăiesc până mă bucur de toate lucrurile pozitive din viața mea”.

Iată, pentru exemplificare, câteva modele de autosugestii pentru îmbunătățirea imaginii de sine (Handley și Neff, 1985):

- sunt o persoană echilibrată, eficientă și generoasă, care merită să aibă succes;
- zi de zi pe toate căile eu devin persoana care doresc să fiu;
- sunt perfect calm, fericit, cu încredere în mine;
- corpul meu este perfect sănătos și normal;
- mintea mea funcționează perfect și găsesc în mine noi posibilități creative de a trăi. Tehnica vizualizării Vizualizarea („a te vedea în minte”), o altă tehnică de autoprogramare a inconștientului, constă în reprezentarea mentală a modului în care dorim să fim sau a situației pe care dorim să o creem. Ea se deosebește de simpla reverie sau visare diurnă prin aceea că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză și are un caracter dirijat și planificat. Pentru ca vizualizarea să aibă efecte dorite, trebuie să

respectăm, de asemenea, câteva reguli elementare:

- imaginile să aibă un conținut pozitiv;
- să se folosească imagini detaliate, vii;
- imaginea să fie asociată cu autosugestia și cu starea afectivă corespunzătoare;
- să se lucreze cu această tehnică suficient de mult timp (cel puțin 30 de zile pentru a rezolva „o problemă”).

Gândirea pozitivă

Unii oameni sunt stresați datorită personalității de bază. Ei fac probabil parte din cadrul tipului A de personalitate, care muncește zi și noapte

189

fără odihnă, fără să-și acorde timp de relaxare sau distracții. Pentru persoanele astfel structurate, perfecționiste, orice mic eșec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine datorită psihotraumelor suferite în copilărie, iar o altă categorie se vede pe sine în culori negative pentru că nu pot face față așteptărilor exagerate, iraționale pe care alții le pun în fața lor (de pildă părinții care nu concep ca fiul lor să nu fie premiant, care îl silesc să facă pian și matematică, deși nu are aptitudini sau copilului i-ar plăcea altceva). Oamenii pot atinge performanțe extraordinare când aleg corect lentilele prin care să-și privească propriile limitări. Acestea se realizează prin concentrarea asupra calităților pe care le avem și nu asupra defectelor noastre. Inconștientul persoanelor care au succes în viață e programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă și deliberat. Odată ce am admis faptul că noi nu gândim clar și că gândirea „negativă” este o parte a profilului psihic, putem încerca să o modificăm. Primul pas este identificarea manifestărilor gândirii negative, proces numit de psihologi conștientizare cognitivă. Urmează apoi înlocuirea ei treptat cu gândirea pozitivă - restructurarea cognitivă - proces care lucrează atât în stare de veghe cât și în relaxare, lată câteva modele de gândire negativă care influențează multe persoane (după Handley și Neff, 1985):

- tendința spre perfecționism, tendința prin care individul își pune în față standarde, exigențe și scopuri excesiv de înalte, neraționale;
- concentrare asupra negativului - este tendința de a exagera o situație negativă, permițându-i să le întunece pe celelalte;

190

- refuzul pozitivului - este tendința de a căuta și descoperi aspecte negative chiar în situațiile pozitive (când cineva îmi face un compliment îmi închipui că își bate joc de mine);
- fenomenul transformării „albului în negru”. Aceasta se manifestă atunci când folosim fapte neutre sau chiar pozitive pentru a trage concluzii negative. O modalitate frecventă de a face acest lucru este de a interpreta ca ostile acțiunile unei persoane care de fapt se simte stânjenită sau are o supărare personală;
- modelul amplificare-reducere reprezintă deprinderea de a exagera un eveniment negativ și de a minimaliza unul pozitiv;
- crearea de fantasme prin care ne lăsăm în voia reveriei cu conținut negativ care ne invadează psihicul;
- comportamentul „trebuie” care ne determină să acționăm împotriva voinței noastre de parcă un șef imaginar și sever ne-ar presa mereu. Această gândire tiranică nu face decât să producă culpabilitate care mai mult frânează decât ne ajută să acționăm;
- eroarea de generalizare de a ne spune tot timpul că suntem răi sub toate aspectele dacă am făcut o greșeală oarecare. Adevărul este că toți oamenii fac greșeli și că nu sunteți o persoană mai puțin valoroasă dacă vi s-a întâmplat să greșiți.

O altă variantă a aceleiași erori este și tendința de a generaliza o respingere întâmplătoare asupra tuturor situațiilor de viață (când o fată s-a purtat rece cu tine la o petrecere, îți spui imediat că „nu faci două parale”);

- asumarea unor responsabilități care nu ne privesc, înseamnă a ne simți vinovați de erorile și comportamentele negative produse de alte persoane (de exemplu, dacă soțul bea prea mult, soția plânge și -și spune „e vina mea”).

191

Cum putem opri cursul gândirii negative, atunci când am identificat-o?

O metodă simplă este să rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenția ori de câte ori gândirea noastră negativă este exprimată cu voce tare.

Când gândirea negativă se exprimă în limbaj interior, putem utiliza metoda opririi bruște (ne spunem în gând: „oprește!”), fie pe cea a încetinirii vocii interioare cu conținut negativ (Ungel, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare și încercarea de a o face să ne răsună în minte tot mai

încet, până când nu se mai aude aproape de loc.

Acțiunea cea mai eficientă o realizează gândirea pozitivă în stare de relaxare sau autohipnoză. Pentru pacienta care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va avea un atac de panică, se recomandă ca în stare de relaxare să își spună: „Ori de câte ori voi ieși pe stradă corpul și mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simți calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă și să îmi rezolv singură problemele”, în același timp ea se va vedea cu ochii minții pe sine mergând peste tot, senină, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îi fac plăcere.

Cum să inducem autohipnoză? Primul pas în inducerea autohipnozei este învățarea unei tehnici simple de relaxare, în prezenta lucrare nu ne propunem descrierea mecanismelor relaxării, ci doar prezentarea unor procedee elementare care pot fi utilizate de către oricine, fără riscuri. Avertizăm pe cititori că dică problemele lor sunt mai serioase este bine să se adreseze cabinetelor de psihoterapie sau medicină psihosomatică.

192

Luați o poziție comodă, culcat pe spate, cu capul ridicat (este indicat să folosiți o pernă mică) și brațele ușor depărtate de corp, palmele în sus și picioarele de asemenea ușor depărtate. Puteți, la nevoie, să vă așezați și într-un fotoliu, cu capul sprijinit și brațele așezate comod pe brațele fotoliului sau pe coapse. La început încordați de câteva ori toți mușchii și apoi căutați să -i destindeți, închideți ochii și căutați să vă imaginați că destindeți mușchii frunții, obrajii, maxilarele. Căutați să simțiți pleoapele grele, grele ca atunci când sunteți pe cale să adormiți. Relaxați apoi mușchii feței și gâtului, apoi umerii și brațele de sus până în vârful degetelor. Destindeți musculatura pieptului, abdomenului spatelui. Căutați să vă imaginați cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele ca verigile unui lanț care se întinde. Relaxați picioarele pornind cu coapsele, gambele și ajungând până la degete. Expirați de câteva ori profund și lent, imaginați-vă că odată cu fiecare expirație corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniștit. Apoi spuneți -vă în gând că brațele devin grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginați-vă în același timp că două greutate (cărți groase, săculeți cu nisip) sunt așezate pe brațe și le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizați greutatea care apasă pe picioare și le fac din ce în ce mai grele. Spuneți -vă apoi că tot corpul devine mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniștit, căutând să creați imaginea propriului corp care stă întins, liniștit, pe o pajiște însorită sau pe o plajă la mare. Căutați să mențineți imaginea plăcută și odihnitoare în care vă vedeți odihnindu -vă în mijlocul

193

naturii și spuneți -vă că vă cuprinde o stare de calm, de liniște, pace interioară. Semnul că relaxarea a reușit este că vă simțiți destinși, liniștiți și parcă vă vine greu să ieșiți din starea pe care singuri ați creat -o. Când doriți să reveniți, vă spuneți în gând că reveniți la normal, vizualizați corpul care revine la tonusul firesc, inspirați de câteva ori profund, expirați scurt, mișcați degetele de la mâini și de la picioare, apoi brațele și picioarele. Strângeți de câteva ori pumnii, inspirați și expirați și apoi vă ridicați voinic, fără însă a brusca organismul. Dacă relaxarea nu a reușit nu fiți demobilizați, încercați de multe ori, în zile și ore diferite. Până la urmă inconștientul dumneavoastră va găsi singur soluția de a se pune în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine. Dar relaxarea nu este decât prima fază a autohipnozei pe care mulți autori au denumit-o relaxare profundă.

După ce subiectul a parcurs câteva ședințe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalitățile de a intra în autohipnoză îi se vor părea destul de simple.

Hunter (1987, cit Holdevici și Vasi-I e s c u, 1991) afirmă că se poate intra ușor în autohipnoză prin următoarele tehnici, care trebuie însă aplicate după ce sa instalat o stare de relaxare ușoară:

- numărați în gând. rar. până ajungeți la o cifră mare(peste o sută); tehnica este mai eficientă dacă în timp ce numărați căutați să vizualizați cifrele scrise cu creta pe o tablă;

- repetați de mai multe ori mental o serie de numere,

- repetați de mai multe ori literele alfabetului;

194

- imaginați-vă că urcați pe o scară, treaptă cu treaptă, spre terasa unui castel aflat într -o grădină frumoasă;

- ascultați în gând zgomotul plăcut produs de un râu de munte care curge lovindu -se de pietre și lăsați-vă purtat de sunetul respectiv;

- utilizați orice alt vis treaz (cu conținut pozitiv) cu care v -ați obișnuit;

- bucurați-vă de stimulii care vă sunt familiari: tic -tac-ul unui ceasornic, sunetul valurilor mării, o piesă muzicală favorită sau propriul ritm respirator, pentru a aprofunda starea de relaxare în care vă aflați.

Desigur, pentru o inducție nu este nevoie de toate aceste tehnici deodată. Căutați să vedeți care dintre ele vă convine cel mai mult. Veți recunoaște cu siguranță starea de autohipnoză după profunzimea ei, după sen -

zația plăcută de plutire, de liniște, parcă de pierdere a percepției a propriului corp cât și după starea afectivă agreabilă de liniște, calm și încredere.

Odată starea instalată putem investiga inconștientul în legătură cu propriile probleme și apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga existență, devenind mai sănătoși, mai echilibrați, mai fericiți, mai eficienți. Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizării, a cultivării gândirii pozitive și prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriți să vă transformați. A dori și a spera nu atrag automat după sine nici o schimbare, în schimb stabilirea unor scopuri o poate aduce, ele reprezentând treptele de urmat pentru a face ca o schimbare dorită să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorințele noastre devin scopuri pentru înconștient, se fixează sub forma unor programe

195
care ne dirijează existența. Din păcate, adesea aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea

Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm trebuie să fim animați de dorința fierbinte de a reuși să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de important pentru în divid, astfel încât să-l facă să-și mobilizeze forțele pentru a-l atinge, în același timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un scop stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca și celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. Înlocuiți formula: „nu mai vreau să fiu grasă” cu formula: „mă văd suplă”. Unii autori consideră că ceea ce se prelucrat în stare de autohipnoză se va întâri în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca și cum”, ceea ce înseamnă: „comportați-vă ca și cum ați fi deja persoana care doriți să deveniți”, în cele ce urmează vom prezenta câteva strategii psihoterapeutice și autoformative în cadrul cărora autohipnoza joacă un rol central. Strategiile pot fi utilizate de subiectul care stăpânește tehnica autohipnozei și relaxării, chiar în absența unui terapeut calificat (după Handlex și Neff, 1985), ele putând servi drept model și pentru soluționarea unor probleme de altă natură. Strategie pentru o cură de slăbire reușită Scopul pe care și-l propune persoana: Voi cântări atâtea kilograme câte sunt normale pentru vârsta și structura mea.

Vizualizarea (în stare de hipnoză): 1. Mă văd pe mine, pe plajă, în costum de baie, arătând bine.

- 196
2. Mă văd arătând suplă și grațioasă la o petrecere la care mă simt bine.
 3. Când îmi vin în minte alimentele care îngrașă și care mă tentează, îmi imaginez că trasez semnul X peste ele.
 4. fi văd pe soțul meu (sau orice altă persoană) privind-mă cu plăcere și făcându-mi complimente că arăt bine.

Sugestii cu caracter afirmativ (administrare în stare de autohipnoză):

- Zi de zi devin tot mai suplă.
- Merită efortul să fac exerciții și să țin regim.
- fmi face plăcere să mănânc rațional pentru a-mi menține silueta și a-mi păstra sănătatea.
- fmi face plăcere hrana din cadrul regimului pe care mi l-am ales.

Înlăturarea gândirii negative și restructurarea cognitivă:

1. Evitarea tendinței spre perfecționism. „Nu e nimic dacă mi s-a întâmplat să mănânc ce nu trebuie. Pot să-mi ating scopul cu toate acestea”.
2. Înlăturarea ideii și tendinței că mâncatul ne ajută să suportăm mai bine stresul. „Voi înceta să compensez cu ajutorul mâncatului orice pierdere. Voi înlocui gândul «voi mânca această prăjitură pentru a nu mă simți atât de nenorocit» cu gândul «îmi lipsește cu adevărat persoana X, dar mâncând prea mult nu o voi aduce înapoi Voi depăși treptat această pierdere. Până atunci, voi avea puțină grijă de mine»”.
3. Eliminarea concentrării negative: „voi înceta să-mi spun mereu că arăt rău pentru că sunt prea grasă. Mă voi îmbrăca cu gust și voi pune accentul pe trăsăturile mele pozitive”.
4. Modificarea gândirii „albul e negru”: „voi înceta să prevăd că nu pot să slăbesc”.

197

Autorii menționați sunt de părere că achizițiile obținute pe plan psihic trebuie întărite la nivel comportamental.

- Voi studia lucrări despre regimurile alimentare.
- îmi voi planifica mesele astfel încât să nu depășească 1500 de calorii.
- Ori de câte ori refuz un aliment care îngrașă îmi notez într-un carnet și îmi acord o recompensă
- Voi accepta cu plăcere complimentele pe care mi le fac alții pentru că am slăbit și arăt bine.
- Voi ține un grafic zilnic al greutății mele.
- Voi ține pe evidență a progreselor din domeniul exercițiilor fizice.

Program pentru reducerea anxietății în cazul unor afecțiuni somatice grave Desigur, orice persoană care află că are o boală somatică gravă care îi amenință viața e normal să se simtă speriată și dezorientată. Teama excesivă însă nu face decât să înrăutățească evoluția bolii. Aut orii mai sus menționați citează cazul unui bărbat de 62 de ani care, diagnosticat cu un cancer incipient, operabil, a decedat de atac de cord datorită fricii excesive. În astfel de situații este necesar să reprogramăm subconștientul pentru a pune în mișcare resursele de vindecare ale organismului. Scopul propus: Mă voi vindeca total. Vizualizare în autohipnoză:

1. Mă văd pe mine perfect calm, radiind de sănătate.
2. Vizualizez celulele canceroase devenind tot mai slabe, mai lipsite de putere, fmi reprezint t globulele mele albe ca pe niște cavaleri în armură care ucid celulele canceroase.
3. Mă văd ocupându-mă de lucrurile care îmi fac plăcere și bucurându -mă de ele.

Sugestii afirmative (în autohipnoză):

198

1. Zi de zi sănătatea mea se îmbunătățește.
2. Corpul meu are capacitatea naturală de a se autovindeca și eu îl ajut să o facă.
3. Mă simt bine și capabil să fac acele lucruri pe care doresc să le fac.

Restructurarea cognitivă:

1. Eliminarea tendinței de a te simți respins de toată lumea: Voi înceta să -mi spun că ceilalți nu mă plac și de aceea nu mă vizitează. Voi fi recunoscător acelor persoane care mă iubesc.
2. Înlăturarea concentrării negative. Voi înceta să mă gândesc tot timpul doar la boala mea și voi înlocui gândurile negative cu gânduri pozitive despre ceea ce vreau să fac în viitor.
3. Eliminarea modului de gândire „albul e negru”: „voi înceta să prevăd că se vor întâmpla doar lucruri rele și mă voi antrena să mă gândesc doar la lucruri bune”.
4. Înlăturarea fanteziilor imaginative cu conținut negativ: Voi înceta să -mi spun că boala mea este ceva la care trebuie să mă adaptez și care în cele din urmă mă va ucide și voi cultiva o stare de sănătate bună.

Modificările pe planul comportamentului manifest:

1. Voi practica autohipnoză de 6 ori pe zi timp de câte 5 minute înainte de a mă reprograma pentru o bună sănătate.
2. Voi studia în amănunt boala mea astfel încât autosugestiile și vizualizările să fie cât mai corecte. (Voi discuta cu medicul meu asupra acestor amănunte).
3. Mă voi comporta amabil cu cel puțin 5 persoane în fiecare zi pentru a evita respingerea de către acestea și mă voi menține într-o atitudine extroversă și deschisă.
4. Mă voi documenta mai mult și voi practica hobby -ul meu preferat.
5. Voi lua medicamentele prescrise de medic.

199

6. Mă voi comporta în societate absolut normal, ca și cum aș fi perfect sănătos.
7. Le voi spune celorlalți că mă voi face bine. În astfel de cazuri, Handley și Neff (1985) recomandă ca vizualizarea să fie făcută cu cât mai multe detalii, cât mai precise. De asemenea, ei sfătuiesc pacientul să evite să se gândească la sănătatea lui precară. Dimpotrivă, el trebuie să -și activeze cât mai mult expectațiile legate de faptul că va mai trăi încă mult timp pe pământ, stabilindu -și scopuri de lungă durată care presupun realizarea unor lucruri interesante și folositoare celorlalți. Să nu uităm recunoscutele cuvinte ale lui Iisus: „Credința ta te-a vindecat”, sau „dacă ați avea credință cât un grăunte de muștar, veți spune muntelui acesta să se miște și el se va mișca”.

Program pentru abandonarea consumului
abuziv de alcool

Scopul stabilit:

Mă simt perfect fericit fără să consum băuturi
alcoolice.

Vizualizare (în autohipnoză):

1. Mă văd pe mine sănătos și relaxat.
2. Mă văd îndepărtând niște cătușe care îmi țin mâinile și picioarele legate.
3. Îmi vizualizez arterele și venele pline de sânge roșu curat, liber de chimicale.
4. Îmi văd creierul ca și cum ar fi o mașină cu multe pistoane care funcționează în armonie perfectă. Fiecare piston lucrează la timpul potrivit, ajutându-mă să gândesc clar și eficient.
5. Mă văd la o petrecere desenând un X peste paharele cu băutură care mi se oferă.
6. Mă văd la altă petrecere mulțumit, vesel și destins, fără să beau nimic.

Sugestii afirmative (în autohipnoză):

1. Devin pe zi ce trece tot mai sănătos, fără alcool sau droguri.

200

2. Mă place cum funcționează corpul și mintea mea fără chimicale.

3. Sunt liber de orice dorință de a consuma alcool sau medicamente neprescrise de medic. 4. Mă bucur că mă voi distra la petreceri fără să beau alcool.

Restructurare cognitivă:

1. Înlăturarea modului de gândire „albul e negru”: „Voi înceta să -mi spun că nu pot să mă bucur de viață fără alcool sau droguri. Voi prevedea un succes total în încercarea mea de a mă lăsa de băutură”.

2. Oprirea fanteziilor cu conținut cognitiv:

Îmi voi aminti mereu că sunt liber să aleg calea pe care o doresc, deși înainte am folosit alcoolul pentru a scăpa de stările proaste, acum am decis să fac față acestor stări, să le abordez într-un mod constructiv.

Modificări în plan comportamental: 1. Ori de câte ori mi se oferă ceva de băut voi refuza.

2. Voi spune tuturor cunoscuților și rudelor că m-am lăsat de băutură.

3. Voi înlocui deprinderea greșită cu un program de exerciții fizice care să mă relaxeze și să mă mențină în formă.

4. Mă voi planifica modul în care mă voi comporta la o petrecere fără să depind de alcool. Voi căuta mai curând să fiu amabil și interesat de alții decât să fac o impresie bună cu orice preț.

5. Îmi voi nota cu regularitate succesele, le voi revedea frecvent și mă voi recompensa pentru ele.

Pentru ca programele propuse să aibă efect, este indicat ca, după învățarea relaxării și autohipnozei, acestea să fie practicate zilnic (sau chiar de mai multe ori pe zi pentru problemele mai serioase) până la eliminarea problemei care ne deranjează.

METAFORĂ ȘI RITUAL ÎN PSIHOTERAPIE

Metafora este o figură de stil care constă în a acorda unui termen o semnificație nouă în virtutea unei comparații subînțelese. Metaforele sunt utilizate frecvent atât în limbajul curent, cât și în psihoterapie. Rolul psihoterapeutic al metaforelor este cunoscut din cele mai vechi timpuri, ele fiind înglobate în cadrul metodelor tradiționale de tratament. Astăzi, clinicieni de cele mai diverse orientări terapeutice redescoperă utilitatea lor în psihoterapie. Erickson (1935; 1944) și Kopp (1971; 1972) au adus o contribuție însemnată la implementarea acestei tehnici psihoterapeutice. Psihanaliștii tind să interpreteze metaforele utilizate de pacienți prin prisma conceptelor analitice.

După Richards (1936) o metaforă simplă constă din doi termeni ce presupun o relație dintre ei. De exemplu, în metafora „George este un leu”, avem primul termen, pe George, care reprezintă subiectul metaforei și al doilea (este un leu) reprezintă predicatul sau „vehiculul” metaforei.

În psihoterapie, de cele mai multe ori subiectul metaforei este pacientul însuși. „Sunt alergic la lumea asta”, spunea un pacient care purta două pulovere în toată vremea. Perrine (1971) clasifică metaforele simple în funcție de caracterul lor implicit sau explicit, în

202

psihoterapie de cele mai multe ori atât subiectul cât și vehiculul (predicatul) metaforei au un caracter implicit, terapeutul având sarcina să descopere ceea ce este implicit și să faciliteze schimbarea pacientului. Relevanța psihoterapeutică a metaforelor se bazează pe faptul că limbajul utilizat de pacient este un indicator al conținutului gândirii acestuia. Pacientul tinde să -și descrie adesea problemele sub formă metaforică, acest element constituind un punct de plecare pe baza căruia clinicianul își construiește planul psihoterapiei. Helys (1975) arată că insight-ul pe care îl sugerează o bună metaforă deschide drumul pentru noi întrebări și ipoteze care fertilizează demersul psihoterapeutic. Bruner (1957) și Rotenberg (1979) consideră abordarea metaforică un mod de gândire creatoare, în cursul psihoterapiei terapeutul are sarcina să deblocheze energia creatoare a pacientului împingându-l pe drumul rezolvării propriilor probleme. Imaginile și propozițiile metaforice vor acționa ca planuri de acțiune pentru terapeut și pacient, în psihoterapie se poate face apel la o singură metaforă cu caracter esențial, care reprezintă „cheia” problemei sau la mai multe metafore care vizează obiective mai limitate din cadrul unui demers psihoterapeutic mai complex, adesea eclectic.

Formele sub care se utilizează metaforele în psihoterapie sunt: afirmațiile cu caracter metaforic făcute de pacient sau terapeut, povestirile cu conținut metaforic, producțiile imaginative, metaforice și acțiunile sau ritualurile metaforice.

Funcțiile principale pe care le îndeplinesc metaforele în psihoterapie sunt următoarele:

203

- Descoperirea și conștientizarea unor aspecte esențiale ale problematicii psihopatologice a pacientului (formularea problemelor).

Prin intermediul unei metafore bine alese pacientul învață să -și recunoască propriile probleme.

- Sugerarea unor soluții posibile de rezolvare a problemelor pacientului.
- Întărirea motivației pacientului de a se angaja în demersul psihoterapeutic.
- Stabilirea relației terapeutice și controlarea acesteia pe parcursul psihoterapiei.
- Stabilirea unor scopuri și direcții posibile de acțiune pentru pacient.
- Reducerea rezistențelor pacientului.
- Stabilirea unor modele indirecte de comunicare cu pacientul.
- Desensibilizarea de anxietate și reacții fobice.
- Redimensionarea și redefinirea problemelor pacientului.
- Reconstrucția și întărirea ego-ului pacientului.
- Implantarea în psihicul pacientului a speranței că are încă resurse nebănuite (latente) pentru a face față propriilor probleme.

Experiența psihoterapeuților a arătat faptul că strategiile metaforice se pot utiliza foarte eficient combinându-se cu tehnici de relaxare sau hipnoză.

Prezentăm în cele ce urmează principalele strategii metaforice utilizate în literatura de specialitate:

1. Tehnica imaginației metaforice dirijate

Această abordare se deosebește de cele în cadrul cărora conținutul celor imaginate este foarte riguros precizat, ca de pildă în tehnica imaginării afective dirijate din psihoterapia dinamică a lui *Leuner* (1978) sau ca în tehnica retrăirii unor situații psihotraumatizante

204

trecute din cadrul hipnoterapiei orientate com-portamentalist (*Kroger și Fetzler, 1976*). În fazele de început ale psihoterapiei pacientul este ajutat să -și creeze imagini metaforice care apoi vor deveni puncte de plecare pentru tehnica imaginării metaforice dirijate prin intermediul cărora se va încerca modificarea acestuia.

Van der Hart (1985 b) descrie cazul unui pacient de 38 ani, depresiv, cu idei suicidare. Acesta își descria situația în termeni de tipul: „nu mai văd nici o cale de ieșire” și considera sugestiile date de terapeut ca fiind lipsite de sens. Terapeutul, simțind că pacientul posedă încă suficientă energie care să poată fi utilizată în psihoterapie, a adus la viață metafora de nucleu (care exprima esența problemei pacientului); „nu văd nici o cale de ieșire”, solicitându-l pe acesta să vizualizeze ideea că nu vede nici o cale de ieșire și apoi oferindu-i sprijin pentru a găsi o cale de ieșire, în mod concret, terapeutul a procedat astfel: după inducția hipnotică i se sugerează pacientului că se alfa la capătul de sus al unei scări cu 12 trepte, scară pe care trebuie să coboare pentru a ajunge la capătul unui culoar întunecos cu o singură ușă. Această sugestie presupune faptul că deși pacientul putea să nu vadă ieșirea, trebuie să existe una. În continuare, terapeutul îi sugerează pacientului să descopere ușa pe pipăite (utilizarea altei modalități senzoriale). Se sugerează apoi că pacientul găsește ușa și o deschide. Spațiul de afară este tot întunecos dar se poate zări o rază de lumină în depărtare. Terapeutul îl încurajează pe pacient să -și găsească drumul prin tunelul care se deschide, în tunel pacientul trăiește imaginar o serie de experiențe psihotraumatizante cum ar fi deplasarea pe nisipuri mișcătoare, întâlnirea cu animale terifiante etc.

205

La trezire pacientul manifestă amnezie față de conținutul imaginativ trăit. După două săptămâni pacientul a raportat schimbări dramatice în atitudinea și comportamentul său, devenind mai optimist și încercând să ia unele măsuri pentru a -și îmbunătăți situația personală, într-o fază ulterioară a terapiei discuția psihoterapeutică se desfășoară pe tema modului în care pacientul își va găsi singur soluția de viață.

Într-un alt caz (*Witzum, Van der Hart și Barbara Friedman 1988*), o femeie de 43 de ani a solicitat sprijin pentru o serie de tulburări cum ar fi: dureri puternice în zona lombară (fără o cauză organică), anxietate generalizată, instabilitate emoțională și tendință de izolare socială.

La prima întâlnire pacienta și-a impresionat terapeutul părănd o persoană tare și sigură de sine, după care a izbucnit în plâns ripostând cu o metaforă: „problema mea este că nu am coloană vertebrală”.

Terapeutul a solicitat-o să se relaxeze și să-și reprezinte mental coloana vertebrală. Rezultatul imaginării era că pacienta își imagina că are coloana vertebrală normală până în zona lombară, de unde aceasta este atât de moale încât nu-i mai poate susține trupul. Întrebată de terapeut cum poate sta în picioare, pacienta spune că și-a făcut un corset metalic imaginar care o face să pară puternică în ochii celorlalți. Deși corsetul o deranjează, ea nu poate trăi fără el. În cursul psihoterapiei prin tehnica imaginării metaforice dirijate i se sugerează că deși corsetul imaginar o susține, el strânge corpul și nu dă posibilitate coloanei să se dezvolte normal. (Din anamneză rezultă că la vârsta de 11 ani pacienta a rămas orfană, a fost internată într-un orfelinat, fiind separată de sora ei. Acolo ea a fost nevoită

206

să devină puternică pentru a face față condițiilor dure).

Imaginarea metaforică a mers pe ideea de a-i sugera pacientei că scoate câte puțin corsetul imaginar, timp în care simte cum oasele i se întăresc progresiv.

2. Tehnica povestirilor terapeutice metaforice.

Odată determinată problema principală a pacientului, terapeutul poate adopta tehnica povestirii metaforice, care îl va ajuta pe pacient să-și recunoască mai bine problema și să găsească soluții de a o rezolva. De pildă, o femeie de 41 de ani se prezintă la psihoterapie pentru următoarea simptomatologie: dispoziție depresivă, anxietate, oboseală, supra-încordare, insomnii, acuza somatoforme și abuz de alcool. Femeia era o cercetătoare valoroasă în domeniul tehnic, mamă a doi copii, despărțită de soț, cu funcție de conducere la locul de muncă și aflată în faza de redactare a tezei de doctorat și în competiție profesională cu un coleg valoros.

Terapeutul i-a prezentat următoarea povestire metaforică (adaptată după un caz citat de Van der Hart, 1988):

„A fost odată o fată de împărat frumoasă și sensibilă căreia îi plăcea să se plimbe, să culeagă flori, să privească cerul. A venit o vreme când tatăl ei, împăratul, a murit și ea a trebuit să conducă singură împărăția. Totul a mers bine până când un zmeu a atacat împărăția ei. Atunci, o zână bună i-a spus că ea nu-și poate salva împărăția decât dacă găsește copacul liniștii și fericirii. Și a plecat fata la un drum lung, prin păduri, peste munți, prin pustiuri. Pentru a se feri de primejdii s-a îmbrăcat cu haine bărbățești. Ea căra în spate un rucsac ce devenea tot mai greu pentru că fata avea

207

obiceiul să-l tot încarce cu pietre. Oamenii care o vedeau cărând povara o compătimeau, dar asta nu făcea decât să-o înfurie și să o ambiționeze să-l care mai departe. Deodată ea și-a dat seama că nu mai poate înainta, s-a așezat, a dat rucsacul jos, l-a deschis și a examinat pietrele una câte una. Atunci a văzut că aproape toate nu aveau valoare și le-a aruncat păstrând doar două. Cu rucsacul ușor ea a ajuns la copacul liniștii, unde s-a așezat și și-a oferit răgazul să admire natura..." La ședința următoare pacienta a venit amuzată și i-a spus terapeutului că s-a gândit mult la povestea lui și că ar fi bine să se mai elibereze de încărcăturile inutile pe care singură și le-a luat și să-și ofere un răgaz de odihnă și distracție.

3. Tehnica afirmațiilor metaforice utilizate de terapeut

Acestea au menirea să producă la pacient clarificări, conștientizări, interpretări și în cele din urmă modificarea modului metaforic de gândire al pacientului. Astfel, pentru un pacient cu o tulburare reactivă post-traumatică (participase la războiul din Vietnam, unde s-a suferit un șoc puternic) și care manifesta permanent tendința de a părăsi locurile de muncă, de a se muta în altă localitate și în cele din urmă de a se refugia în casa părintească, s-a utilizat metafora: „ai tendința să te ascunzi într-o vizuină, pentru că afară e vântoasă și se trage!" (Witzum, Van der Hart și Barbara Friedman, 1988).

4. Afirmațiile metaforice făcute de pacient Pacienții își exprimă frecvent suferințele sub formă de metaforă: „mă simt ca într-o capcană"; „ceilalți mă privesc de sus" etc. Fernandez (1977) denumea aceste metafore „metafore de nucleu", deoarece ele

208

exprimă lucruri esențiale pentru pacient. Când aceste metafore nu sunt conștientizate, ele reprezintă ceea ce literatura de specialitate numește „metafore înghețate". Conștientizarea sensului lor le aduce la viață, ele devenind excelente puncte de plecare pentru demersul psihoterapeutic viitor. Când la pacient se produce schimbarea se modifică și aceste afirmații metaforice care devin indicatori ai progresului terapeutic.

Astfel, un pacient spunea la începutul tratamentului: „nu mai suport toată murdăria pe care o am în mine", iar la sfârșitul acestuia spunea: „mă simt din nou curat pe dinăuntru". Uneori metaforele pot reprezenta pentru pacient „simboluri condensate", având pentru acesta mai mult decât un singur sens și fiind puternic încărcate emoțional (Sapir, 1934; Tuner, 1967).

5. Metaforele ca mijloc de comunicare dintre terapeut și pacient

Povestirile metaforice pot avea și rolul de a face legătura dintre pacient și psihoterapeut ajutându-l pe acesta din urmă să se conecteze afectiv cu pacientul. Lankton și Lankton (1987) denumesc aceste metafore - „metafore de intrare în rezonanță”. Rolul lor este de a capta atenția pacientului și de a-l angaja afectiv în relația psihoterapeutică. De pildă, pentru o pacientă de 27 de ani, divorțată, cu 2 copii, maltrată în copilărie de un tată alcoolic și agresiv, dezamăgită de soț și apoi de prieten, cu o mare nevoie de afecțiune și care refuza comunicarea directă cu terapeutul, deși a venit la cabinet pentru ajutor, s-a utilizat o povestire metaforică de tipul: „A fost odată un copil sin gur, trist și speriat, care trăia într-un deșert și căruia îi era mereu sete...”. Prin intermediul

209

metaforei terapeutul comunica cu pacientul într-un mod indirect, neamenințător, în cursul hipnoterapiei imaginea metaforică poate servi și unui obiectiv terapeutic precis, nu numai pentru a-l face pe pacient să-și lămurească mai bine problemele... De pildă, pentru pacienții anxioși, care se tem să intre în hipnoză, pentru a nu-și pierde autocontrolul se poate sugera că ei se refugiază într-un loc imaginar sigur, unde se simt apărați. W a l c h (1978) descrie tehnica „balonului roșu” prin care pacientul se eliberează de anxietate, teamă, iritare, tensiune. El își imaginează o năclă atașată de un balon roșu, în care își așază toate sentimentele negative de care dorește să se elibereze. Când balonul își ia zborul, pacientul trăiește un puternic sentiment de eliberare. Metaforele pot fi utilizate și pentru a sugera amnezia posthipnotică pentru acele evenimente psihotraumatizante cărora încă pacientul nu e pregătit să le facă față. De pildă, în stare de hipnoză pacientul este instruit să-și imagineze un safe în care așază amintirile psihotraumatizante. Ușa se încuie și pacientului i se sugerează că își va reaminti cifrul doar în prezența psihoterapeutului. 6. Acțiunile sau ritualurile metaforice B a r k e r (1985) subliniază utilitatea unor acțiuni cu caracter metaforic pe care trebuie să le îndeplinească pacientul în scop curativ. Ritualurile psihoterapeutice prescriu anumite acțiuni pacienților în scopul de a simboliza experiențele și relațiile dintre ei și în final pentru a-i modifica. Această strategie psihoterapeutică presupune trasarea unor sarcini menite să-i ajute pe pacienți să-și rezolve problemele. Se utilizează și acțiuni cu caracter pur instrumental, cum ar fi aceea de a-și lua abonament și a merge de două ori pe săptămână la piscină,

210

majoritatea însă având un predominant caracter simbolic,

Selvini Palazzoli și alții (1974) au denumit sarcinile în care predomină conținutul simbolic „ritualuri terapeutice”.

Andolfi (1983) și Pa pp (1983) au utilizat tehnica ritualurilor psihoterapeutice în psihoterapia de cuplu, iar Mills și C r o w l e y (1986) în psihoterapia la copii (desene metaforice, tehnica teatrului de păpuși). S a r g e n t (1988) utilizează în cazul unui cuplu familial aflat în criză ritualul „îngroparea căsătoriei”. Ei erau solicitați să îngroape în mod solemn anumite obiecte ce simbolizau vechea lor căsătorie. Apoi trebuiau să realizeze un început nou. printr-un ritual de revenire, ca de pildă o masă cu prieteni, care să simbolizeze o nouă căsătorie.

În practica noastră am întâlnit o tânără de 16 ani care a fost victima unui viol. Ea prezenta anxietate accentuată, dispoziție depresivă, tulburări de atenție și memorie, dezinteres pentru activitatea școlară, tulburări de somn și trăirea unui puternic sentiment că este impură. Am utilizat cu ea. printre alte tehnici, „ritualul de purificare”: fata a fost instruită „să țină o zi post negru. Apoi. în colaborare cu mama, ea a trebuit să dea foc lucrurilor cu care a fost îmbrăcată când i s-a întâmplat nenorocirea în continuare i s-a indicat să facă un duș purificator pentru a spăla trecutul, cu ideea că va începe o existență nouă”.

Un băiat de 15 ani a fost brutalizat de un tată alcoolic. Deși mama a divorțat și a luat copilul acesta a dezvoltat atacuri de panică, tulburări de somn, labilitate emoțională și ideea obsesivă că bunica din partea tatălui (din mediul rural, despre care auzise că s-ar ocupa de vrăji), l-ar putea influența să revină la tatăl său de care se

211

temea puternic, l-am recomandat copilului să utilizeze ritualul: „ecranului de protecție” (el trebuia să se așeze într-o poziție de meditație specifică sistemului Yoga, să inspire, să oprească respirația concentrându-se pe ideea că este în siguranță. În timpul expirației el era solicitat să-și imagineze că își construiește un ecran de protecție care îi înconjoară corpul și îi ferește de orice acțiune magică”. Experiența noastră clinică precum și literatura de specialitate pledează pentru ideea că valoarea psihoterapeutică cea mai ridicată o au metaforele în tratamentul tulburărilor psihice posttraumatice. În astfel de cazuri, a ataca direct și frontal problema ar fi prea anxios pentru pacient. Metaforele au rolul de a dezactiva mecanismele de apărare ale eului fără a crește anxietatea.

De asemenea, pledăm pentru ideea includerii metaforelor terapeutice în cadrul unor modele

psihoterapeutice mai complexe care să includă și alte tipuri de abordări strategice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

t

C a s a m e n t, P. - On Learning from the Patient Tavistock /Routledge, 1992. Coleman, J. C; Butcher, J.N.; Car son, R C. -Abnormal Psychology and Modern Life Scott, Fores- man Comp. Glenview. Illinois. London. 1984. G o l d f r i e d, R. M.; C a s t o n g u a y, L C. - The Future of Psychotherapy integration. in Psychotherapy voi. 29.1/1992. Handley, R.; Neff Pauline - Anxiety and Panic Attacks. Their cause and cure. The five point life plus program for conquering fear Fawcett Crest, New York. Ballantine Book, 1985. Hartland. J - Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications Bailliere Tindall. London, 1979. Holdevici. Irina: Vasil escu. I P, - Hipnoza și forțele nelimitate ale psihismului uman. Ed. Al - domars, București, 1991. Holdevici, Irina - Psihologia succesului. Ed. Ceres, București, 1993. I o n e s c u, G. - Psihoterapia. Ed. Științifică. București, 1990. Lazarus, R. - Patterns of Adjustment McGraw-Hill Book Corn. New York, San Francisco, London, Paris, Syd - ney, Toronto, 1976. Madanes, Cloe - Behind the One-way Mirror Advances in the Practice of Strategic Therapy. San Francisco, Washington, London, Jossey Bass, 1984. R o g e r s, C. - Client Centered Therapy Coustable. London, ed. 1992. Van der Hart, O. - Rituals in Psychotherapy Transition and Continuity. Irvington Publshers. New York, 1983. W e e k s, G R.; L' A b a t e, L L - Paradoxical Psychotherapy. Theory and Practice With individualis and Families. New York, Bruner Mazei 1982

213

Weitzenhoffer, A. M. - General Techniques of Hypnotism. Grune and Straton, Inc. New York and London, 1957. Wester, CW. Smith, H. A. (eds.) - Clinical Hypnosis: A Multidisciplinary Approach J. B. Lippincott, Corn. Philadelphia. London, Mexico City, New York, Sao Paolo, Sydney. 1985.

CUPRINS

Cuvânt înainte.....	5
Probleme generale ale psihoterapiei.....	7
Psihoterapii de orientare dinamică.....	21
Psihoterapii experiențiale	48
Valoarea psihoterapeutică a tehnicilor Yoga și meditative.....	71
Psihoterapii de orientare comportamentală ..	98
Psihoterapia prin intervenție paradoxală	117
Hipnoterapia.....	153
Autohipnoza.....	186
Metaforă și ritual în psihoterapie.....	202

Lei 1100

ISBN 973-40-0278-3



Din cuprinsul lucrării: ● Psihoterapii de orientare dinamică ● Psihoterapii experiențiale ● Valoarea psihoterapeutică a tehnicilor Joga și meditative ● Psihoterapia de orientare comportamentală ● Psihoterapia prin intervenție paradoxală ● Hipnoterapia ● Autohipnoza ● Metaforă și ritual în psihoterapie



colecția caleidoscop
EDITURA CERES

București Piața Presei Libere nr.1 sect.1
Telefon: 6176010, int. 2004